

Als iedereen hetzelfde was

indicatiestelling in de jeugdzorg

**If everybody would be the same
Assessment of youth care**

Proefschrift

Ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de Rector Magnificus
Prof.dr. ir. J.H. van Bommel
en volgens besluit van het College voor Promoties

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
woensdag 29 november 2000 om 11.45 uur

door
Emma Gertudis Maria Josephina Berben
geboren te Neer

Promotiecommissie:

Promotoren: Prof. dr. F. Verheij
Prof. dr. M.C.H. Donker

overige leden: Prof. dr. F.C. Verhulst
Prof. dr. F. Boer
Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Als iedereen hetzelfde was

indicatiestelling in de jeugdzorg

E.G.M.J. Berben

Foto omslag: v.l.n.r. Sjoerd, Daan, Quentin, Jasper en Timo.

Copyright Shaker 2000

Alle rechten voorbehouden. Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt worden, in enige vorm, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

ISBN 90-423-0127-9
Shaker Publishing B.V.
St. Maartenslaan 26
6221 AX Maastricht
tel.: 043 - 3500424
fax: 043 - 3255090
[http:// www.shaker.nl](http://www.shaker.nl)

Inhoudsopgave

Voorwoord	9
1 Aanleiding tot het onderzoek	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Ontwikkelingen in de jeugdzorg	13
1.3 Plaats van de indicatie in het hulpverleningsproces	14
1.4 Beoordeling van de gepastheid van de zorg	18
1.5 Grenzen aan wetenschappelijke kennis	20
1.5.1 Beperkte wetenschappelijke kennis	20
1.5.2 Overschatten mogelijkheden van wetenschappelijke kennis	21
1.5.3 Vertaling van wetenschappelijke kennis in praktisch bruikbare kennis	21
1.6 Probleemstelling en doel van het onderzoek	22
1.7 Grensvlakonderzoek	24
1.7.1 Achtergrond van het grensvlakonderzoek	24
1.7.2 Literatuuronderzoek	25
1.7.3 Vignettenonderzoek	25
1.7.4 Paneldiscussie volgens de Randmethode	26
1.8 Samenvatting en leeswijzer	27
2 Opzet en methode van onderzoek	29
2.1 Inleiding	29
2.2 Vignettenmethode	30
2.3 Literatuuronderzoek	32
2.3.1 Selectie van probleemkenmerken	32
2.3.2 Inventarisatie van zorgactiviteiten	35
2.3.3 Mogelijke andere factoren van invloed op de te stellen indicatie	39
2.4 Constructie van de vignetten	39
2.5 Constructie van de vragenlijst	42
2.6 Onderzoeksvragen	43
2.7 Statistische technieken	45
2.8 Samenvatting	46
3 Kenmerken van de problematiek in de jeugdzorg	47
3.1 Inleiding	47
3.2 Wisselwerking tussen biologische kenmerken en omgevingskenmerken	48
3.3 Risicofactoren en protectieve factoren	50
3.4 Demografische factoren	52
3.4.1 Leeftijd van de jeugdige	52
3.4.2 Geslacht van de jeugdige	53
3.4.3 Etniciteit van de jeugdige	54
3.4.4 Sociaal-economische status van het gezin	54

3.5	Ontwikkelingsdomeinen	55
3.6	Levensterreinen	56
3.6.1	Gezin	57
3.6.2	School	59
3.6.3	Vrije tijd	59
3.6.4	Hulpverleningsinstellingen	60
3.7	Ernst van de problematiek	60
3.8	Relevante kenmerken van de problematiek	62
3.9	Samenvatting	64
4	Indicatie als resultaat van een besluitvormingsproces	65
4.1	Inleiding	65
4.2	Aard van de beslissing	66
4.2.1	Complexe beslissing	66
4.2.2	Beslissing binnen een context	67
4.2.3	Beslissing onder onzekerheid	67
4.2.4	Quasi-rationele beslissing	68
4.2.5	Beslissing naar tevredenheid	70
4.3	Kenmerken van de indicatiesteller	71
4.3.1	Begrensde cognitieve vermogens	71
4.3.2	Verwerkingsmechanismen	71
4.3.3	Hoeveelheid informatie	72
4.3.4	Opvallendheid van gebeurtenissen en wijsheid achteraf	72
4.3.5	Ware en valse beoordelingen	73
4.4	Referentiekader van de indicatiesteller en van de instelling	74
4.4.1	Kennis en ervaring van de indicatiesteller	74
4.4.2	Kenmerken van de afzonderlijke instellingen	75
4.5	Kenmerken van de cliënt	76
4.6	Relatie tussen cliënt en indicatiesteller	77
4.7	Praktische mogelijkheden en onmogelijkheden	78
4.8	Consequenties voor onderzoek naar indicaties in de jeugdzorg	79
4.9	Samenvatting	80
5	Beschrijving van de onderzoeksvariabelen	83
5.1	Inleiding	83
5.2	Benadering van de jeugdzorginstellingen	84
5.3	Respons van de benaderde instellingen	85
5.4	Onafhankelijke variabelen	86
5.4.1	Probleemkenmerken	87
5.4.2	Complexiteit en ernst van de problematiek	87
5.4.3	Kenmerken van de respondenten	88
5.5	Analyse-eenheden	91

5.6	Afhankelijke variabelen	92
5.6.1	Frequentieverdeling van gepaste zorgactiviteiten	92
5.6.2	Overeenstemming tussen de beoordelaars over gepaste zorg	95
5.6.3	Analyse van de verdeling van de beoordeling van de zorgactiviteiten	98
5.7	Samenvatting	102
6	Samenhang tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten	105
6.1	Inleiding	105
6.2	Analyse van de samenhang tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten	105
6.2.1	Mate van voorspelbaarheid	106
6.2.2	Gestandaardiseerde logistische regressiecoëfficiënten	107
6.3	Nominale associatie tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten	108
6.4	Keuze van de zorgactiviteiten en mate van voorspelbaarheid	110
6.5	Probleemkenmerken en keuze van zorgactiviteiten	112
6.6	Ontbrekende en zwakke verbanden	117
6.7	Samenvatting	118
7	Zorgcombinaties	121
7.1	Inleiding	121
7.2	Datareductietechniek voor de zorgactiviteiten	121
7.3	Geïdentificeerde zorgcombinaties	123
7.4	Zorgcombinaties en probleemkenmerken	126
7.4.1	Schoolse begeleiding	126
7.4.2	Gedragmatige begeleiding bij de opvoeding	127
7.4.3	Onderzoek naar het functioneren op de levensterreinen (buiten het gezin)	127
7.4.4	(Medisch) psychiatrische zorg	129
7.4.5	Functiegericht zorg	129
7.4.6	Vaardigheidstraining	129
7.4.7	Bescherming	130
7.4.8	Op het gezin gerichte zorg	130
7.4.9	Emotioneel-sociale zorg	130
7.4.10	Onderzoek naar de mogelijkheden voor een uithuisplaatsing	131
7.4.11	Advies en begeleiding van de jeugdige	131
7.4.12	(Spel)psychotherapie	131
7.4.13	Therapeutische gezinsverpleging	132
7.4.14	Illustratie van de resultaten	132
7.5	Probleemkenmerken en zorgcombinaties	134
7.6	Zorgcombinaties en complexiteit en ernst van de problematiek	136
7.6.1	Invloed van complexiteit en ernst op de indicatie	138
7.6.2	Invloed van probleemkenmerken en complexiteit en ernst samen op de indicatie	138
7.7	Zorgcombinaties en kenmerken van de beoordelaar	142
7.8	Samenvatting	143

8	Conclusies en methodologische reflectie	147
8.1	Inleiding	147
8.2	Onderzoeksvragen	148
8.2.1	Samenhang tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten	149
8.2.2	Zorgcombinaties	150
8.2.3	Samenhang tussen probleemkenmerken en zorgcombinaties	151
8.2.4	Complexiteit en ernst van de problematiek en zorgcombinaties	153
8.2.5	Samenhang tussen kenmerken van de indicatiesteller en zorgcombinaties	154
8.3	Methodologische kanttekeningen	154
8.4	Probleemkenmerken	155
8.4.1	Selectie van de probleemkenmerken	156
8.4.2	Vertaling van de probleemkenmerken	157
8.4.3	Invulling van de probleemkenmerken	158
8.5	Selectie van de zorgactiviteiten	159
8.6	Hoeveelheid informatie in de casussen	159
8.6.1	Te veel informatie	160
8.6.2	Te weinig informatie	161
8.7	Analyse van de gegevens	163
8.8	Vooronderstelling van het onderzoek	164
9	Nabeschuwing	167
9.1	Inleiding	167
9.2	Landelijk jeugdzorgbeleid	167
9.3	Beperkte kennis	168
9.4	Praktische implicatie	169
9.5	Hoofddijnen voor de indicatiestelling in de jeugdzorg	170
9.6	Praktische aanbevelingen	175
10	Samenvatting	179
	Summary	187
	Literatuur	193
	Bijlagen	
Bijlage 1:	Vragenlijst	207
Bijlage 2:	Casussen	213
Bijlage 3:	Tabellen	223
	Dankwoord	237
	Curriculum vitae	239

Voorwoord

*Als iedereen hetzelfde was
Leek iedereen op elkaar
Iedereen zou dan hetzelfde doen
En dat vond niemand raar
Als iedereen hetzelfde was
Leek iedereen op elkaar
Iedereen had dan dezelfde kleur
En precies hetzelfde haar
En iedereen liep dan hetzelfde rond
Met hetzelfde gevoel:
Wat is het hier toch eigenlijk
Een vreselijk saaie boel
Als iedereen hetzelfde was*

(Uit: 'Als iedereen hetzelfde was (unplugged)', Van der Lubbe & Arzbach, 1993).

Veel jeugdigen groeien gelukkig zonder onoverkomelijke problemen op. Bij sommige jeugdigen verloopt het opgroeien minder vanzelfsprekend. Bij een aantal van hen zijn de problemen zodanig, dat ze deze niet meer zelf of samen met hun ouders op kunnen lossen. Deze jeugdigen hebben professionele zorg nodig. Welke jeugdigen welke zorg behoeven is moeilijk in algemene regels uit te drukken.

Als iedereen hetzelfde was, zou het verlenen van zorg aan jeugdigen die hieraan behoefte hebben wellicht weinig problemen opleveren. Naar alle waarschijnlijkheid zou dit niet tot grote meningsverschillen leiden. Maar... niet iedereen is hetzelfde. Er bestaan verschillende ideeën over hoe jeugdigen met problemen het beste geholpen kunnen worden. Bovendien veranderen deze ideeën in de loop van de tijd. Betrokkenen blijven zich steeds maar weer het hoofd breken over wat het beste is voor jeugdigen. Ook dit proefschrift is het resultaat van dergelijke hoofdbrekens. Dit proefschrift gaat namelijk over de jeugdigen die aangewezen zijn op professionele zorg en over hoe deskundigen beslissen welke zorg ze behoeven.

Globaal zijn wetenschappers, beleidsmedewerkers en professionals in het veld het met elkaar eens: de jeugdige heeft recht op de zorg die bij de probleemsituatie past. De laatste veertig jaar resulteerden de ideeën over hoe de zorg voor jeugdigen organisatorisch en inhoudelijk eruit zou moeten zien in diverse rapporten. Verkoking was daarbij een moeilijk te nemen obstakel. Welke zorg verleend werd, was namelijk tot voor kort afhankelijk van de sector (jeughulpverlening, jeugdbescherming of geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen), die de jeugdige onder haar hoede had.

Sinds de regering haar standpunt verwoordde in 'Regie in de Jeugdzorg' (1994) zijn de ontwikkelingen in de Nederlandse jeugdzorg in een stroomversnelling

geraakt. De diverse betrokkenen spannen zich met vereende krachten in voor een goede zorgverlening aan jeugdigen. Hoe dat organisatorisch moet is enigszins duidelijk. Daartoe is onder andere de ontwikkeling van de regionale Bureaus Jeugdzorg in gang gezet. Welke zorg inhoudelijk het beste is, is jammer genoeg nog onduidelijk. Wetenschappelijk bewijs voor welke zorg het beste past bij welke problematiek is schaars. Gepaste zorg blijft een onderwerp van discussie.

Met dit proefschrift over de indicatiestelling in de jeugdzorg is getracht een positieve bijdrage te leveren aan deze discussie. De wijze waarop het onderwerp benaderd is levert inzicht in de indicatiestelling vanuit een nieuwe invalshoek. De gezamenlijke, jarenlange ervaring van betrokkenen uit het veld is namelijk als bron van kennis gebruikt. Hoe de jeugdzorg ook vorm gegeven wordt, de deskundigen in het veld blijven immers de krachten die in overleg met de jeugdige en diens ouders inhoud aan de zorg geven en op deze manier uiteindelijk de kwaliteit van de jeugdzorg bepalen.

1 Aanleiding tot het onderzoek

'Gooi een steen in de vijver en dan rimpelt het water ver vanaf de plek waar hij erin viel, en nog lang nadat hij naar de bodem is gezonken. Iedere handeling die wij verrichten, hoe groot of hoe klein ook, krijgt vertakkingen die wij nooit zullen zien. Het enige dat we kunnen doen, is dat te doen wat we op dat ene moment het beste en juiste achten.'

(Weis & Hickman, 1997/1998, p. 194).

1.1 Inleiding

Ongeveer 15% van de jeugdigen ondervindt (psychosociale) problemen en 5-7% heeft hulp nodig in welke vorm en onder welke naam dan ook (Mesman Schultz, Van Gageldonk & Messing, 1993; NRV, 1994b; Steinhausen, 1997; Verhulst e.a., 1997). De methodologische diversiteit van onderzoeken naar de prevalentie van de problematiek onder jeugdigen vóór 1980 (Bird, 1996) maakt vergelijking van de omvang van de problematiek over een langere periode lastig. Op basis van onderzoeken die vanaf 1980 zijn uitgevoerd, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de percentages in de loop van de tijd niet wezenlijk veranderen (Mesman Schultz, Van Gageldonk & Messing, 1993; Verhulst, 1996; Verhulst, Van der Ende & Rietbergen, 1997; Verhulst e.a., 1997).

De omvang van de problematiek van jeugdigen verandert dus niet erg. Volgens Mesman Schultz, Van Gageldonk en Messing (1993) treden er wel verschuivingen op in de uitingvormen van de problematiek, doordat specifieke categorieën jeugdigen, zoals zwerfjongeren, in omvang groeien en bepaalde hulpvragen frequenter dan voorheen voorkomen. Ook de manier waarop de zorg aan deze jeugdigen georganiseerd wordt, is met name het laatste decennium aan verandering onderhevig. De centrale gedachte achter het huidige jeugdzorgbeleid is dat een jeugdige met problemen de zorg moet krijgen die gepast is. De keuze voor de zorg moet in principe gebaseerd zijn op de problematiek van de jeugdige en niet op het aanwezige zorgaanbod, zoals voorheen vaak het geval was. Eisen die vanuit het belang van de jeugdige aan dit aanbod gesteld kunnen worden, zijn dat de zorg alle jeugdigen bereikt die deze behoeven en dat het bestaand aanbod een vermindering of ten minste een stabilisering van de problematiek bij alle jeugdigen betekent (Mesman Schultz, Van Gageldonk & Messing, 1993). Om aan dergelijke eisen tegemoet te kunnen komen moet de adequate afstemming van het zorgaanbod op de problematiek een blijvend aandachtspunt zijn, zowel in onderzoek als praktijk.

Voorwaarde voor een goede afstemming van het zorgaanbod op de problematiek is dat de indicatiestelling adequaat verloopt en leidt tot de juiste beslissing. De vraag die het huidige jeugdzorgbeleid oproept is welke indicatie de juiste is, dat wil zeggen welke zorg indicatiestellers moeten indiceren als zij hun beslissing alleen op de problematiek hoeven te baseren. Wetenschappelijke kennis over welke jeugdzorg bij welke problematiek gepast is kan de informatie leveren om met steeds meer zekerheid de juiste beslissing te kunnen nemen. Momenteel is deze kennis echter versnipperd en vol lacunes. Als het al principieel mogelijk is om ooit een sluitend

beeld te creëren van problematiek van de jeugdige en het gezin enerzijds en gepaste zorg anderzijds, dan zal het nog geruime tijd duren voordat deze informatie op basis van wetenschappelijk effectonderzoek beschikbaar is. Daarop kunnen noch de jeugdige en het gezin noch de indicatiestellers wachten. Zij zijn voorlopig grotendeels aangewezen op de ervaringskennis van de indicatiesteller. Deze ervaringskennis is echter niet minder belangrijk dan wetenschappelijke kennis. De ervaringskennis geeft zicht op de indicatie vanuit een ander perspectief. Beide perspectieven zijn belangrijk om inzicht te krijgen in de indicatie. De wisselwerking tussen beide vormen van kennis geeft uiteindelijk een inzicht in de indicatie dat wetenschappelijk verantwoord is en tegelijkertijd aansluit bij de praktijk.

Vanuit deze achtergrond is het onderzoek verricht, dat in dit proefschrift beschreven wordt. Op basis van ervaringskennis van indicatiestellers is onderzocht op welke kenmerken van de problematiek van de jeugdige en diens gezin zij de verschillende indicaties baseren. Hiertoe zijn aan indicatiestellers in de jeugdzorg probleembeschrijvingen voorgelegd met de vraag welke zorg zij in deze situaties zouden indiceren. Door te benadrukken dat zij hun beslissing los van praktische belemmeringen dienden te nemen, is de situatie in het onderzoek enigszins geabstraheerd van de dagelijkse praktijk. Op deze manier ontstond een beeld van de indicaties die ze zouden stellen als indicatiestellers alleen maar rekening hoeven te houden met de problematiek van de jeugdige en diens gezin. Dit inzicht op basis van ervaringskennis kan verder onderzoek sturen.

Ter verduidelijking van het belang van de te stellen indicatie in de jeugdzorg wordt deze in dit hoofdstuk in een breder kader gezet. Eerst worden in paragraaf 1.2 kort de ontwikkelingen in het Nederlandse jeugdzorgbeleid geschetst, waarin de afstemming tussen problematiek en zorgaanbod al jaren het centrale thema is.

De gestelde indicatie kan niet los gezien worden van het hulpverleningsproces waarvan het deel uitmaakt. Om deze reden zal in paragraaf 1.3 beschreven worden welke plaats de indicatie in dit proces inneemt.

Zoals vermeld is een cruciale vraag hoe indicatiestellers weten of de gestelde indicatie juist is, dat wil zeggen of ze de bij de problematiek gepaste zorg hebben geadviseerd. In paragraaf 1.4 zal op deze vraag ingegaan worden.

Voor de juistheid van een bepaalde indicatie bestaat nog weinig bewijsmateriaal. Wetenschappelijke kennis die het stellen van een indicatie zou kunnen ondersteunen is niet toereikend en heeft zijn beperkingen. In paragraaf 1.5 worden de beperkingen van de huidige wetenschappelijke kennis over gepaste zorg, die relevant zijn voor dit onderzoek beschreven.

Door deze beperkingen blijft de indicatiesteller in ieder geval deels op zijn ervaringskennis aangewezen. Vanuit deze achtergrond is dit onderzoek verricht. Informatie op basis van ervaringskennis dient in dit onderzoek inzicht te verschaffen in de zorg die indicatiestellers bij bepaalde problemen gepast vinden. In paragraaf 1.6 worden de probleemstelling en het doel van het onderzoek geformuleerd.

De gegevens van dit onderzoek zijn reeds eerder ten behoeve van het zogenoemde grensvlakonderzoek (Berben e.a., 1997a) geanalyseerd. Hoewel de inval-

hoeken in beide onderzoeken wezenlijk verschillen, is de opzet van dit onderzoek beter te begrijpen tegen de achtergrond van het grensvlakonderzoek. Om deze reden worden in paragraaf 1.7 kort de achtergrond en gebruikte methoden van het grensvlakonderzoek geschetst.

Tot slot volgen in paragraaf 1.8 een samenvatting van dit hoofdstuk en een leeswijzer voor dit proefschrift.

1.2 Ontwikkelingen in de jeugdzorg

Historisch gezien bestaat de jeugdzorg in Nederland uit drie sectoren: de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-GGZ). Elke sector benadert de jeugdzorg vanuit zijn eigen invalshoek en filosofie en concentreert zich in de kern op een andere hulpvraag. De jeugdhulpverlening is van oudsher gericht op verzorging, opvoeding en verblijf, de geestelijke gezondheidszorg op diagnostiek en behandeling en de jeugdbescherming op recht en bescherming.

Sommige jeugdigen hebben zorg uit verschillende sectoren nodig, zoals bijvoorbeeld jeugdigen die door de kinderrechter in een rijksinrichting zijn geplaatst en met psychiatrische problemen kampen. In welke sector de jeugdige en zijn of haar ouders (toevallig) terechtkomen en welke zorg de jeugdige vervolgens krijgt, is vaak mede afhankelijk van historisch gegroeide, regionale verwijspatronen (Berben e.a., 1997a; Konijn, Van Ooyen-Houben & Hull, 1996; Van Montfoort, 1995; NRV, 1992; NRV, 1994a; NRV, 1994b; Plaats maken, 1994). De vraag welke zorg de gepaste is in de gegeven situatie komt, zeker als er sprake is van samengestelde problematiek, nogal eens op de tweede plaats.

Al enige decennia hebben diverse commissies en werkgroepen zich beziggehouden met de organisatie en de effectiviteit van de jeugdzorg, maar met name de laatste zes jaar is de jeugdzorg in een stroomversnelling geraakt. Zowel de overheid als hulpverleners uit het veld trachten de jeugdzorg in de drie sectoren meer op elkaar af te stemmen door (meer) samenwerking. Aan de ene kant leidt de behoefte bij de hulpverleners aan samenwerking met andere instellingen tot meer aandacht voor de jeugdzorg op beleidsniveau. Aan de andere kant hebben ontwikkelingen in het overheids- en financieringsbeleid hun weerslag op de werkwijze van de hulpverleners.

De overheid benadrukte de noodzaak tot samenwerking tussen de instellingen en tussen de sectoren voor een goede organisatie van de jeugdzorg in haar standpunt, dat zij formuleerde in 'Regie in de Jeugdzorg' (1994). De grondgedachte van het regeringsstandpunt is dat de problematiek van de jeugdige steeds meer centraal dient komen te staan en het zorgaanbod van een sector of een instelling steeds minder het uitgangspunt wordt voor de te verlenen zorg. Door meer samenhang in het zorgaanbod te brengen is het mogelijk de hulpverlening beter af te stemmen op de problematiek van de jeugdige, zodat deze optimaal van de mogelijkheden kan profiteren.

De ontwikkeling van de Bureaus Jeugdzorg is een van de speerpunten in het beleid om een integrale, intersectorale, regionaal georganiseerde, programmatische aanpak van de jeugdzorg te realiseren (Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1997; Werkgroep Zorgprogrammering, 1997). Formeel moet er sinds 1998 per regio één Bureau Jeugdzorg werkzaam zijn, waar jeugdigen en hun ouders in principe voor elk probleem terecht kunnen. Dit Bureau moet als toegangsdeur tot de jeugdzorg dienen. De bedoeling is dat hier een team van deskundigen beschikbaar is om bij elke hulpvraag na te gaan wat het probleem is, welke zorg gepast is en welke instelling(en) deze kan (kunnen) of moet(en) verlenen. Het zorgaanbod dient hiertoe in functies verdeeld te worden, zodat het niet meer gaat om een selectie vanuit de hulpverleningsinstelling (past deze jeugdige in ons hulpverleningsaanbod) (Steketee, Roede & De Savornin-Lohman, 1997), maar om een keuze van de zorg die primair gebaseerd is op de problematiek, waarbij de instelling die zorg zal verlenen van secundair belang is. In deze organisatie is het stellen van een indicatie een functie van de toegang tot de jeugdzorg. Alle functies en systeemeisen, waaraan de toegang tot de zorg voor jeugdigen dient te voldoen, zijn gedefinieerd door de projectgroep Toegang (Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1997). Hoe deze toegang, en dus ook de te stellen indicatie, vorm moet krijgen, staat dus inmiddels grotendeels vast.

De organisatie in de jeugdzorg heeft echter twee kanten: behalve de vorm is ook de inhoud van de zorg van essentieel belang. De inhoud is, ondanks een groeiend aantal initiatieven in het veld, echter nog niet duidelijk. Wel is duidelijk dat de indicatie in de inhoudelijke afstemming van het zorgaanbod op de problematiek van jeugdigen een spilfunctie heeft. De indicatie is namelijk het resultaat van een besluitvormingsproces, waarin de indicatiesteller op basis van de geanalyseerde problematiek beslist welke zorg gepast is en op welke manier deze in de praktijk vorm dient te krijgen.

In deze paragraaf is de formele plaats van de te stellen indicatie binnen de organisatie van de jeugdzorg aangegeven. In de volgende paragraaf wordt de indicatie een inhoudelijke plaats gegeven. Beschreven wordt welke plaats de indicatie in het hulpverleningsproces inneemt.

1.3 Plaats van de indicatie in het hulpverleningsproces

De indicatie maakt onderdeel uit van het hulpverleningsproces. Dit proces wordt over het algemeen gezien als een cyclisch probleemoplossingsproces, dat bestaat uit verschillende stappen of fasen die elk eveneens cyclisch verlopen (De Bruyn, 1988; De Bruyn e.a., 1995; Kievit & Tak, 1992; Knorth & Pijnenburg, 1995; Westenberg, 1993). Diverse auteurs vergelijken het hulpverleningsproces met de empirische cyclus, omdat het in feite de denkschema's bevat die elke onderzoeker hanteert (De Bruyn, 1988; De Bruyn e.a., 1995; Van Gemert & Van der Kooy, 1995; Kievit & Tak, 1992; Koele & Westenberg, 1997; Knorth & Pijnenburg, 1995; Ruljssenaars, 1995; Westenberg & Koele, 1993). Deze vergelijking geeft aan in welke vorm het

proces gegoten is. Blijkbaar gaat het om een logische opeenvolging van denkstappen waarbij tussentijdse beslissingen, mede op basis van terugkoppeling naar eerdere stappen, leiden tot de volgende stap.

Figuur 1.1: Stappen in het hulpverleningsproces

0. informatie en advies
1. aanmelding (en eerste screening)
2. probleemverkenning/ diagnostiek
3. indicatie-advies van de gepaste zorg
4. zorgtoewijzing
5. effectuering en planning van de zorg
6. evaluatie en herindicatie
7. nazorg

Globaal onderscheiden de diverse auteurs in het proces van hulpvraag tot hulpverlening dezelfde stappen (Kievit & Tak, 1992; Knorth & Pijnenburg, 1995; IOG, 1997; Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1997; Van Yperen & Van Geffen, 1997). Deze stappen (zie figuur 1.1) zullen hier kort beschreven worden. De bedoeling is niet om het hele hulpverleningsproces onder de loep te nemen, maar om de indicatie een plaats te geven. Getracht is de beschrijving zo beknopt mogelijk te houden. Hierdoor is het cyclische karakter enigszins op de achtergrond geraakt. De beschrijving is een tussenvorm tussen een weergave van de praktijk en een voorstelling van de ideale gang van zaken, iets waaraan volgens De Bruyn (1988) niet te ontkomen valt.

Informatie en advies

Een hulpverleningsinstelling kan algemene informatie en adviezen geven in het kader van preventie. Dit kan gezien worden als een voorfase. Bij lichte problematiek kan mondelinge of schriftelijke informatie voldoende zijn. Bij ernstiger problemen kan deze de cliënt juist aanleiding geven om zich voor hulp aan te melden bij een instelling.

Aanmelding

De aanmelding bij een hulpverleningsinstelling is meestal de eerste stap, als er sprake is van problemen. Zeker als het gaat om problemen bij jonge kinderen zal niet de cliënt zelf het initiatief nemen om hulp te vragen (Dijkman & Terpstra, 1992; Verhulst & Koot, 1992). In veel gevallen zullen de ouders hulp zoeken, maar het zijn ook vaak andere personen, bijvoorbeeld een huisarts, schoolarts of leerkracht, die aangeven dat een jeugdige deskundige zorg nodig heeft (De Bruyn e.a., 1995; Doreleijers, 1995). Bij de aanmelding zal een eerste screening van de problematiek plaatsvinden. Het is mogelijk dat de indicatiesteller op basis van deze screening concludeert dat geen zorg nodig is of dat meteen duidelijk is dat een andere

instelling beter toegerust is om de noodzakelijke zorg te verlenen. In het eerste geval eindigt het hulpverleningsproces vanuit de instelling gezien; de cliënt kan zelf besluiten om een andere hulpverleningsinstelling te benaderen. In het tweede geval wordt de cliënt naar een andere instelling verwezen en begint het proces weer bij de aanmelding.

Als de organisatie van de jeugdzorg bestaat uit een sluitend netwerk van regionale Bureaus Jeugdzorg, verandert deze situatie. De cliënt komt dan altijd als eerste bij een Bureau Jeugdzorg terecht. De indicatiestellingsteams van deze bureaus maken een integrale inschatting van de problematiek en indiceren voor alle regionaal aanwezige vormen van zorg. Aan de ene kant *hoeft* de cliënt zich niet steeds weer bij een nieuwe instelling aan te melden, als niet meteen duidelijk is welke instelling de zorg kan verlenen. De Bureaus Jeugdzorg vormen immers de voordeur van de jeugdzorg. Aan de andere kant *kan* de cliënt bij zo'n organisatie van de jeugdzorg zelf niet meer naar een andere instelling gaan, ook al zou hij het willen. Is de cliënt het in die situatie niet eens met de opvatting van het indicatiestellingsteam van het regionale Bureau Jeugdzorg, dan kan hij in dat geval om een 'second opinion' vragen (Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1997).

Probleemverkenning

Na de aanmelding begint het proces van indicatiestelling. Het probleem wordt verder verkend. De indicatiesteller verzamelt hiertoe allerlei informatie door middel van gesprekken met betrokkenen, door middel van observatie en diagnostische tests om de problematiek te kunnen beschrijven. Het vaststellen van diagnostische gegevens kan opgevat worden als een afzonderlijk, continu proces van gegevensverzameling, ordening, hypothesevorming en verificatie (Verhulst & Verheij, 1992). De diagnose geeft volgens Verhulst en Verheij (1992) aan in hoeverre de jeugdige binnen bepaalde functionele normen valt en hoe dit beeld te verklaren is. De werkgroep 'Toegang tot de jeugdzorg' definieert diagnostiek als 'het volgens methodische principes opbouwen van een gedetailleerd beeld van de jeugdige en het cliëntsysteem, waarin de hulpvraag, de problematiek en de daarmee samenhangende factoren, alsook de aangrijpingspunten voor een mogelijke oplossing in een zinvol onderling verband zijn gebracht.' (Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1997, p. 32).

Indicatie-advies

De indicatiesteller zet hierna de verschillende mogelijkheden voor zorg bij de gestelde hulpvraag met alle voor- en nadelen op een rij. Op basis van de afweging stelt hij of zij een indicatie-advies op en formuleert wat moet gebeuren om het probleem te verhelpen of om in ieder geval erger te voorkomen. Het indicatie-advies geeft aan welke zorg gepast is, dat wil zeggen welke zorg wetenschappelijk gezien en rekening houdend met de hele situatie en met alle aspecten van de problematiek, het meest wenselijk en minimaal noodzakelijk is (Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1997; Rigter, 1994) en welke hulpvormen daarvoor in aanmerking komen.

Op dit moment in het hulpverleningsproces wordt de indicatie gesteld. Deze is gebaseerd op het resultaat van de twee voorafgaande stappen: wat is het probleem en welke zorg in welke vorm is gepast.

Zorgtoewijzing

De indicatiesteller vertaalt het indicatie-advies naar de mogelijkheden in de praktijk. De praktische mogelijkheden zijn afhankelijk van concrete obstakels zoals beschikbaarheid van de gepaste zorg, geografische afstand, wachtlijsten, regionale binding, voorrang voor justitiële plaatsingen, maar ook van kennis over en ervaringen met bepaalde hulpvormen of instellingen van degene die de indicatie stelt (Berben e.a., 1997a; Dijkman & Terpstra, 1992; Knorth & Pijnenburg, 1995; Steketeer, Roede & De Savornin-Lohman, 1997; Verhulst & Koot, 1992). De invloed van subjectieve factoren, zoals intuïtie, ervaringskennis en persoonlijke opvattingen van de indicatiesteller, op de indicatiestelling is niet geheel uit te schakelen (Verhulst & Koot, 1992; Van Yperen & Van Geffen, 1997). Door deze zoveel mogelijk te expliciteren en kritisch te benaderen kan de invloed echter zoveel mogelijk beperkt worden. Binnen het huidige jeugdzorgbeleid zijn de indicatiestelling en de zorgtoewijzing formeel twee verschillende functies (Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1999; Van Yperen, Nota & Van der Schaft, 1999). De zorgtoewijzer bepaalt welke concrete zorg toegewezen wordt.

Binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), die op een deel van de jeugdzorg betrekking heeft, is de zorgtoewijzing formeel een taak van de zorgkantoren. Zorgtoewijzing is de invulling van de geïndiceerde zorg, dat wil zeggen de vertaling van de gestelde indicatie in termen van concreet zorgaanbod, in relatie tot de verzekeringsindicatie (NRV, 1994a, p. 10). Na de indicatiestelling heeft de zorgverzekeraar in de AWBZ het recht de hulpverleningsopties goed te keuren en dit wordt in de AWBZ zorgtoewijzing genoemd.

Effectuering en planning van de zorg

Na overleg met de cliënt wordt de toegewezen zorg geëffectueerd. Dit betekent voor de ene jeugdige bijvoorbeeld dat hij een psychotherapeutische behandeling bij een RIAGG krijgt en voor de andere dat hij naar een pleeggezin gaat. De zorg dient erop gericht te zijn om zo mogelijk de problematiek op te heffen of te verminderen, de situatie te stabiliseren en/of om erger te voorkomen. In een behandelingsplan wordt de gepaste zorg om dit te bereiken geconcretiseerd. Hiertoe is een vertaalslag nodig van de keuze van de zorg naar praktisch handelen (Verheij, 1998). In een behandelingsplan moet beschreven staan wat wanneer moet gebeuren door wie en met welk doel (De Bruyn e.a., 1995; Verheij, 1998).

Evaluatie en herindicatie

Vervolgens wordt (het effect van) de verleende zorg, of zoals Ruijsenaars (1995)

het noemt de 'voorwaardelijke verwachting' van de behandeling, geëvalueerd. Nagegaan wordt of de zorg het verwachte en gewenste effect heeft. Criteria hiervoor zijn de vooraf geformuleerde doelen, waarbij ook rekening gehouden wordt met de termijn waarop resultaten verwacht worden. Als alles volgens plan verloopt, zal de zorg gecontinueerd worden of als het einddoel bereikt is, zal deze beëindigd worden. Is de conclusie dat het resultaat van de zorg niet naar verwachting is of dat bepaalde doelen niet bereikt zijn, dan kan een herindicatie plaats vinden. De herindicatie betekent dat het proces van indicatiestelling opnieuw begint bij de probleemverkenning. De aanpassingen kunnen meer of minder ingrijpend zijn. Er kan opnieuw diagnostisch onderzoek verricht worden om de problematiek duidelijker in beeld te krijgen; doelen kunnen worden bijgesteld, de behandeling kan worden aangepast en termijnen waarop doelen bereikt moeten worden, verruimd. De resultaten worden opnieuw geëvalueerd. Deze stap in het hulpverleningsproces kan vele malen herhaald worden.

Nazorg

Als laatste onderdeel in het hulpverleningsproces is de nazorg genoemd. Deze nazorg bestaat in principe uit één of meer contacten tussen hulpverlener en cliënt, nadat de behandeling beëindigd is, omdat idealiter het gestelde doel bereikt is. Afhankelijk van de filosofie van de instelling vindt deze nazorg op een vooraf afgesproken tijdstip plaats of wordt het aan de cliënt overgelaten om contact op te nemen met de instelling (Verheij, 1998). Na een residentiële behandeling kan de nazorg volgens Veerman (1992) ook bestaan uit ambulante continuering van individuele psychotherapie, uit sociale ondersteuning van de ouders in de natuurlijke omgeving of uit een adequate doorplaatsing. Nazorg dient verleend te worden om zicht te houden op de effecten op lange termijn van de behandeling. Terugval kan zo mogelijk voorkomen of snel onderkend worden.

Binnen het hulpverleningsproces is de gestelde indicatie een momentopname. Het is de (voorlopige) eindconclusie van alle voorafgaande beslissingen over de aard van de problematiek, over de gepaste zorg en de concrete zorg die in deze probleemsituatie verleend dient te worden. Deze conclusie heeft verreikende consequenties voor de jeugdige en diens gezin. Diverse auteurs op het gebied van wetenschap en beleid vinden het daarom van groot belang dat de gestelde indicatie onderbouwd wordt (Koele & Westenberg, 1997; Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1997; Regie in de jeugdzorg, 1994; Ruijsenaars, 1995; Werkgroep Zorgprogrammering, 1997). Over deze onderbouwing en de mogelijkheden daartoe gaat de volgende paragraaf.

1.4 Beoordeling van de gepastheid van de zorg

In de praktijk baseert de indicatiesteller zijn oordeel op theoretische kennis enerzijds en professionele ervaringskennis anderzijds (Kievit & Tak, 1992). De manier waarop een beslissing tot stand komt, geeft echter geen garantie voor de juistheid ervan.

Een cruciale vraag is hoe een indicatiesteller weet of hij of zij de juiste beslissing neemt, dat wil zeggen of de geïndiceerde zorg ook de gepaste is bij de problematiek van de jeugdige die op dat moment met die specifieke vraag om hulp komt.

Duidelijkheid over welke zorg gepast is voor welke problematiek lijkt vooralsnog te ontbreken. Zo concludeerde Van den Bergh (1991) dat slechts 18% van de gestelde indicaties voor residentiële zorg gebaseerd was op de problematiek. De indicaties waren voornamelijk afhankelijk van mogelijkheden in de praktijk en niet zozeer van de gewenste en meest gepaste zorg. Met name complexe, meervoudige problematiek blijkt onduidelijkheid en onenigheid over behandelingsmogelijkheden en -methoden te veroorzaken (NRV, 1992; NRV, 1994b).

Wetenschappelijk effectonderzoek kan informatie opleveren over gepaste jeugdzorg. Meer onderzoek leidt tot meer kennis over welke zorg bij welke problematiek gepast is. Door de informatie over effecten van jeugdzorg die wetenschappelijk onderzoek tot nu toe heeft opgeleverd systematisch te verzamelen en te beschrijven en door deze vervolgens onder (toekomstige) indicatiestellers te verspreiden, kan indicatiestellers meer zekerheid verschaft worden over de juistheid van de te stellen indicatie. Op deze manier kan de wetenschappelijke kennis als ondersteuning van de indicatie fungeren.

Dit idee heeft de laatste jaren reeds diverse initiatieven tot standaardisering en protocollering van de indicatiestelling gestimuleerd, ook in de jeugdzorg. Bij de RIAGG Oostelijke Zuid Limburg is bijvoorbeeld een protocol ontwikkeld om de ernst van de problematiek van jeugdigen en hun gezin te taxeren, de Heerlense Ernst Taxatie Schaal (HETS). Deze schaal is getoetst op landelijk niveau (Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1994; 1995; 1997a; 1997b; Steerneman, Pelzer & De Bruyn, 1993; 1997) en zou dus als standaard kunnen gaan fungeren om de ernst van de problematiek van jeugdigen te bepalen.

Een ander voorbeeld van een initiatief tot standaardisering binnen de jeugdzorg is de matching van jeugdigen en dagpleeggezinnen (Strijker, 1995; Strijker & Zandberg, 1995; 1997). Dagpleegzorg is een nieuwe vorm van zorg die is voortgekomen uit een praktijkexperiment voor ouders en jeugdigen in een moeilijke opvoedings-situatie. De jeugdigen passen door hun specifieke hulpvraag moeilijk of niet binnen een dagbehandelingsgroep van een Boddaertcentrum. Ze worden enkele uren per dag in een gewoon pleeggezin geplaatst, waarbij zowel het biologische gezin als het dagpleeggezin worden begeleid (Strijker, 1995; Strijker & Zandberg, 1995). Begeleidend onderzoek van het praktijkexperiment is bedoeld om een praktijktheorie te ontwikkelen en de zorg te optimaliseren en te verfijnen (Strijker & Zandberg, 1995). Deze optimalisering en verfijning willen de onderzoekers bereiken door regels en richtlijnen op te stellen. Als eerste onderzochten zij de matching, omschreven als: 'de beoordelingsprocedure waarin het dagpleegzorgteam beslist over de plaatsing van een bepaald kind in een passend dagpleeggezin' (Strijker & Zandberg, 1995, p. 182).

Als ondersteuning van de indicatiestelling kunnen richtlijnen of protocollen goede diensten bewijzen (o.a. Van den Bergh, 1991; Van Dam, 1993; Dijkman &

Terpstra, 1992; Rispiens, 1995; Ruijsenaars, 1995; Verhulst & Koot, 1992; Westenberg, 1993), maar ze worden slecht geraadpleegd (Arkes, Dawes & Christensen, 1988; Grol, 1999; Kohler, 1997; Van Leeuwen, 1997). Volgens Mulrow (Kohler, 1997; Van Leeuwen, 1997) verdwijnen veel richtlijnen en protocollen, ontwikkeld voor de indicatiestelling door artsen, ongezien in een la. Behalve door gebrek aan tijd wordt dit ook veroorzaakt door een aantal knelpunten dat te maken heeft met de grenzen aan wetenschappelijke kennis. In het kader van dit onderzoek zijn drie van deze knelpunten relevant. Deze worden in de volgende paragraaf beschreven.

1.5 Grenzen aan wetenschappelijke kennis

In deze paragraaf zullen drie knelpunten besproken worden, die het gebruik van wetenschappelijke kennis ten behoeve van de stellen indicatie in de weg staan. Een eerste knelpunt is de beperkte hoeveelheid wetenschappelijke kennis over gepaste jeugdzorg die momenteel voorhanden is. Een tweede knelpunt heeft te maken met de overschatten mogelijkheden van de kennis, die wetenschappelijk effectonderzoek oplevert. Een derde knelpunt betreft de vertaling van wetenschappelijke kennis in praktisch bruikbare informatie in de vorm van protocollen of richtlijnen.

1.5.1 Beperkte wetenschappelijke kennis

Zoals in de voorgaande paragrafen is aangegeven levert wetenschappelijk effectonderzoek informatie op over gepaste jeugdzorg, die de indicatiesteller kan steunen bij de keuze van de zorg. Uit de literatuur is echter gebleken dat de wetenschappelijke kennis op dit gebied ontoereikend is om grote zekerheid over de gepastheid te verschaffen. Er bestaat wel effectonderzoek over behandelingen in de jeugdzorg, maar dit dekt niet alle behandelingen bij de diverse soorten problemen (Van Gageldonk & Bartels, 1991; Jansen e.a., 1995; Mesman Schultz, Van Gageldonk & Messing, 1993; Veerman & Treffers, 1986). Effectonderzoek is vaak gericht op een specifieke doelgroep. Bovendien is een essentiële vraag bij de toetsing van effectieve zorg wat een effect is. Veerman en Treffers (1986) maken in dit opzicht onderscheid tussen therapeutische effecten, die slaan op 'beter worden, genezen' en ondersteunende effecten, die duiden op 'niet erger worden, stabiliseren, in stand houden'. Als er geen effect aangetoond wordt in onderzoek, dan betekent dit niet automatisch dat de hulpverlening net zo goed achterwege had kunnen blijven, omdat de situatie zonder de verleende zorg zou kunnen zijn verslechterd (Jansen e.a., 1995; Veerman & Treffers, 1986). De termijn waarop het effect gemeten is, is eveneens van belang. Het korte-termijn-effect kan op langere termijn verdwenen zijn (Veerman & Treffers, 1986).

De huidige beperkte wetenschappelijke kennis verschaft de indicatiesteller dus ook beperkte zekerheid over de juistheid van zijn beslissingen. Het grootste probleem bij het stellen van een indicatie in de jeugdzorg blijft nog steeds het gebrek aan empirische kennis over de relatie tussen probleemgedrag en gepaste zorg (De Bruyn, 1988; Van Gageldonk & Bartels, 1991; Jansen e.a., 1995; Mesman Schultz,

Van Gageldonk & Messing, 1993; Pijnenburg & De Bruyn, 1995; Veerman, 1997). Wetenschappelijke kennis over gepaste jeugdzorg is er wel, maar deze is versnipperd. Systematische reviews of meta-analyses over het besluitvormingsproces in de jeugdzorg die de toets der kritiek kunnen doorstaan, zijn er volgens Pijnenburg en De Bruyn (1995) nauwelijks. Bij gebrek aan wetenschappelijke kennis is de indicatiesteller dus grotendeels aangewezen op zijn ervaringskennis om de juistheid van de gestelde indicatie te beoordelen.

1.5.2 Overschatte mogelijkheden van wetenschappelijke kennis

De beperkte wetenschappelijke kennis over gepaste jeugdzorg kan een stimulans zijn om wetenschappelijk effectonderzoek op dit gebied sterk te bevorderen, zodat uiteindelijk ook de indicatiesteller meer zekerheid krijgt over de te stellen indicatie. Op den duur zou informatie op basis van wetenschappelijk effectonderzoek kunnen leiden tot een totaaloverzicht van de problematiek van de jeugdige en diens gezin enerzijds en de gepaste zorg anderzijds. Het is echter discutabel in hoeverre het creëren van een volledig, systematisch overzicht van indicaties in de jeugdzorg mogelijk is. Aan het grote aantal variatiemogelijkheden voor problemen (Kleinmuntz, 1990) worden door maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de tolerantie voor druggebruik door jeugdigen of etnische migraties en oorlogen, die voor elke volgende generatie (slachtoffers) weer andere problemen op kunnen leveren, steeds weer nieuwe toegevoegd. Hierdoor is een mogelijke database met alle kennis over effectieve jeugdzorg voortdurend aan verandering onderhevig. Een sluitend, wetenschappelijk verantwoord overzicht van alle mogelijke (varianties van) problemen en alle mogelijke gepaste behandelingen lijkt daarom een utopie (De Bruyn, 1988; Kaasbrood, 1995; Sullivan & McNaughton, 1996). Volledige protocollering van de te stellen indicatie is hierdoor evenmin mogelijk. Dit betekent niet dat helemaal afgezien moet worden van wetenschappelijke effectonderzoek. De informatie die dit onderzoek oplevert, kan wel meer zekerheid verschaffen, ook al is het maar over een deel van de indicatie. Dergelijk onderzoek levert echter geen volledig inzicht in problematiek en gepaste zorg op. Er zal altijd enige onzekerheid blijven bestaan, die de indicatiesteller het hoofd moet bieden en waarbij hij aangewezen is op zijn eigen ervaring.

1.5.3 Vertaling van wetenschappelijke kennis in praktisch bruikbare kennis

Een sluitend overzicht van te stellen indicaties is dus niet mogelijk. De Bruyn (1988) vraagt zich echter niet alleen af of de verschillende problemen en de daarbij passende zorg te vangen zijn in een systematisch overzicht, maar twijfelt ook sterk aan de bruikbaarheid van een dergelijk overzicht, als dit wel mogelijk zou zijn. De vertaling van wetenschappelijke kennis in praktisch bruikbare kennis vormt namelijk eveneens een probleem. De kern van dit probleem zit in de *toepasbaarheid van algemeen bekende effecten van behandeling voor de individuele patiënt of cliënt*. Het is een probleem in de koppeling van theorie en praktijk, dat onderzoekers al

lange tijd bezighoudt.

Volgens diverse auteurs hangt het af van de individuele indicatiesteller, die uit een zee van gegevens de juiste informatie moet filteren, interpreteren en toepassen in het individuele geval van deze cliënt, hoe informatie gebruikt wordt (De Bruyn, 1988; Kaasenbrood, 1995; Sullivan & McNaughton, 1996). Vanuit hun praktijkervaring verwerven deskundigen inzicht in de factoren die een belangrijke rol bij complexe beslissingen, zoals indicaties, spelen. Dit inzicht gebruiken zij bij de beoordeling van een individuele situatie.

Wetenschappelijke kennis alleen voldoet dus niet voor het stellen van een juiste indicatie. Naast wetenschappelijke kennis is ervaringskennis onontbeerlijk om de wetenschappelijke kennis te kunnen toepassen in de praktijk. Beide vormen van kennis geven informatie vanuit een ander perspectief. Ze staan niet los van elkaar, maar vullen elkaar aan. Praktijkervaringen kunnen vragen oproepen over of juist aanwijzingen geven voor mogelijke oorzaken van problemen of voor mogelijke behandelingen (Kazdin, 1993; Timmermans, 1993; Verhulst, 1992). Toetsing van de daarop gebaseerde hypothesen in onderzoek levert wetenschappelijke kennis op. Toepassing van deze wetenschappelijke kennis in de praktijk kan inzichten verder verdiepen en toetst de kennis op praktische bruikbaarheid (Kazdin, 1993; Ruijsenaars, 1995; Timmermans, 1993; Verhulst, 1992). Op deze manier ontstaat er een uitwisseling van wetenschappelijke kennis uit onderzoek en ervaringskennis uit de praktijk. Beide invalshoeken vullen elkaar aan en beide zijn noodzakelijk teneinde een beter begrip te verkrijgen van de te stellen indicaties en inzicht in de mogelijkheden om met steeds meer zekerheid de juiste indicatie te kunnen stellen.

Het voorgaande impliceert dat als wetenschappelijke kennis ontoereikend is, ervaringskennis inzicht kan geven in dit onderwerp. Deze implicatie vormde samen met de conclusie, dat de wetenschappelijke kennis over effectieve jeugdzorg versnipperd is, de aanleiding tot dit onderzoek. In de volgende paragraaf worden de probleemstelling en het doel van dit onderzoek beschreven.

1.6 Probleemstelling en doel van het onderzoek

De overheid legt in haar jeugdzorgbeleid grote nadruk op het feit dat indicatiestellers de keuze van de jeugdzorg dienen te baseren op de problematiek van de jeugdige en diens gezin. Hoe de jeugdzorg vorm moet krijgen, staat aangegeven in een plan van aanpak (Werkgroep Zorgprogrammering, 1997). Volgens dit plan moet de jeugdzorg vraaggestuurd en doelgericht zijn en moet de indicatie door een team deskundigen van regionale Bureaus Jeugdzorg gesteld worden. Samenwerking tussen de instellingen moet ertoe leiden dat de jeugdige in de toekomst de zorg verleend krijgt, die past bij de problematiek.

Hoewel de overheid nadruk legt op een afstemming van de zorg op de problematiek, is onduidelijk hoe indicatiestellers dit inhoudelijk voor elkaar moeten krijgen. Daartoe ontbreekt de wetenschappelijke kennis. Naast wetenschappelijke kennis kan echter ook ervaringskennis informatie opleveren over de te stellen indicatie. De

wisselwerking tussen beide soorten kennis kan uiteindelijk een wetenschappelijk verantwoord en praktisch bruikbaar beeld van de indicatie opleveren.

In dit onderzoek is de ervaringskennis als informatiebron aangeboord om meer inzicht in de te stellen indicatie te verkrijgen. Op basis van ervaringskennis is getracht een beeld te schetsen van de jeugdzorg die indicatiestellers gepast vinden. De probleemstelling van het onderzoek luidt:

Welke zorgactiviteiten uit het bestaande zorgaanbod of combinaties daarvan vinden indicatiestellers gepast, gegeven de aanwezigheid van bepaalde kenmerken van de problematiek bij jeugdigen?

Doel van het onderzoek was om te achterhalen op welke kenmerken van de problematiek indicatiestellers de keuze van de gepaste zorg baseren, als ze hun beslissing los van praktische mogelijkheden en onmogelijkheden kunnen nemen. De resultaten van het onderzoek zouden naar verwachting aanknopingspunten geven voor mogelijkheden tot praktische ondersteuning van de te stellen indicatie.

Verondersteld werd dat er een bepaalde mate van overeenstemming zou zijn tussen de indicatiestellers over de gepaste zorg. Als verschillende indicatiestellers op grond van hun verschillende ervaringen tot dezelfde beoordeling zouden komen, dan zou dit een aanwijzing zijn voor de validiteit van die beoordeling. Op basis van de informatie, die het onderzoek zou opleveren, zouden hypothesen gevormd kunnen worden, die door middel van wetenschappelijk onderzoek getoetst zouden kunnen worden. De wisselwerking tussen wetenschappelijke kennis en ervaringskennis is immers essentieel voor inzicht in de te stellen indicaties, dat enerzijds wetenschappelijk onderbouwd is en dat anderzijds overeenstemt met de praktijk. Op deze manier zou dit inzicht ook gebruikt kunnen worden ter ondersteuning en eventueel verbetering van het stellen van indicaties in de praktijk.

De laatste doelstelling is echter slechts deels bereikt. Het onderzoek heeft wel enig inzicht gegeven in de zorg die indicatiestellers als gepast beschouwen, maar de overeenstemming over de gepaste zorg bleek beperkt te zijn. Op deze manier heeft het onderzoek echter ook informatie opgeleverd over de eenheid in de te stellen indicaties die er in de jeugdzorg onder indicatiestellers bestaat. Het gebrek aan grote overeenstemming kan belangrijke consequenties hebben voor de verschillende partijen die op een of andere manier te maken hebben met de indicatiestelling in de jeugdzorg. De nabeschuiving in hoofdstuk 9 is grotendeels aan dit onderwerp gewijd.

Om zicht te krijgen op de samenhang tussen probleemkenmerken en gestelde indicaties in de jeugdzorg is gebruik gemaakt van de gegevens die eerder vanuit een andere invalshoek geanalyseerd zijn, het zogenoemde grensvlakonderzoek (Berben e.a., 1997a). Hoewel de onderzoeksvragen in beide onderzoeken verschillen, is de opzet van dit onderzoek beter te begrijpen tegen de achtergrond van het grensvlakonderzoek. In paragraaf 1.7 zal daarom kort ingegaan worden op de achtergrond en opzet van het grensvlakonderzoek.

1.7 Grensvlakonderzoek

Een korte schets van de opzet van het grensvlakonderzoek zal de opzet van dit onderzoek naar indicatiestelling in de jeugdzorg verduidelijken. In paragraaf 1.7.1 worden eerst de achtergrond en de onderzoeksvragen van het grensvlakonderzoek beschreven.

Het grensvlakonderzoek bestond uit twee deelonderzoeken, te weten een vignettenonderzoek en een discussie onder deskundigen op het gebied van jeugdzorg. Voorafgaand aan beide deelonderzoeken is een literatuuronderzoek verricht. Op het literatuuronderzoek wordt in paragraaf 1.7.2 ingegaan.

Vervolgens worden de beide deelonderzoeken beschreven. In elk deelonderzoek is een andere methode gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden. In het vignettenonderzoek, dat in paragraaf 1.7.3 wordt beschreven, is de vignettenmethode gebruikt. In de paneldiscussie, die in paragraaf 1.7.4 besproken wordt, is gebruik gemaakt van de Randmethode.

1.7.1 Achtergrond van het grensvlakonderzoek

Zoals in paragraaf 1.2 reeds is aangegeven, staat al enige decennia de verkokering van de jeugdzorg op de politieke agenda. Deze term heeft betrekking op de historisch gegroeide verwijzingspatronen in de jeugdzorg, waardoor niet alleen de problematiek of de hulpvraag van de jeugdigen en ouders de aangeboden zorg bepaalde, maar meer nog de instelling waarbij zij zich aanmeldden. Het stimuleren van samenwerking tussen de instellingen en tussen de jeugdzorgsectoren, is het belangrijkste middel om deze verkokering te doorbreken. Het doel van het huidige jeugdzorgbeleid is een circuit van zorginstellingen voor jeugdigen te creëren waarin elke jeugdige de zorg ontvangt die het beste bij de problematiek past.

De toenemende samenwerking noopte tot (meer) duidelijkheid over de verschillen en overeenkomsten tussen de zorgsectoren. Vanuit deze achtergrond was de Ziekenfondsraad geïnteresseerd in een antwoord op de vragen welke financiële, bestuurlijke en inhoudelijke elementen een rol spelen bij het tot stand brengen van een adequate en praktisch hanteerbare grens tussen verzekerde geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen en andere vormen van jeugdzorg, en bij het zo duidelijk mogelijk afgrenzen van de kring van rechthebbenden.

De Ziekenfondsraad gaf opdracht aan het SCO/Kohnstamm Instituut van de Universiteit van Amsterdam én aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit te Rotterdam om de geschetste problematiek te onderzoeken (Berben e.a., 1997b). Elk instituut heeft de vragen van de Ziekenfondsraad vanuit een andere invalshoek beantwoord. De vraag welke elementen in de *praktijk* (op het moment van onderzoek) een rol speelden bij het afgrenzen van verzekerde en niet-verzekerde zorg, is beantwoord door onderzoekers van het SCO/Kohnstamm Instituut van de Universiteit van Amsterdam (Steketee, Roede & De Savornin-Lohman, 1997). Zij richtten zich in hun onderzoek met name op de bestuurlijke en financiële elementen. Op dit onderzoek wordt hier niet verder

ingegaan.

Op de vraag op welke manier de grens *in de toekomst* tot stand gebracht zou kunnen worden, is een antwoord gegeven door onderzoekers van het IBMG in samenwerking met de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Sophia Kinderziekenhuis (Berben e.a., 1997a). De nadruk lag hierbij op de inhoudelijke elementen, die een rol zouden spelen bij de afbakening van het domein van de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Om dit te kunnen onderzoeken zijn de vragen van de Ziekenfondsraad als volgt geformuleerd:

- 1 Welke inhoudelijke kenmerken van de problematiek van cliënten/patiënten zijn van belang voor het bepalen van de kring der rechthebbenden op AWBZ-gefinancierde geestelijke gezondheidszorg?
- 2 Welke inhoudelijke kenmerken van het zorgaanbod spelen een rol bij het tot stand brengen van een adequate en praktisch hanteerbare grens tussen verzekerde en niet-verzekerde zorg? Deze vraag is toegespitst op de diagnostische activiteiten, de hulpverleningsactiviteiten en de benodigde disciplines.

De bedoeling van het onderzoek was om de scheidslijn tussen jeugd-GGZ enerzijds en jeugdhulpverlening en jeugdbescherming anderzijds te verhelderen. Gestreefd is het eigene van de geestelijke gezondheidszorg in termen van cliënten en hun problemen, van activiteiten met betrekking tot het zorgaanbod en van disciplines van de zorgverleners in kaart te brengen. Hoe dat onderzoek is opgezet wordt in de paragrafen 1.7.2 tot en met 1.7.4 beschreven.

1.7.2 Literatuuronderzoek

Voorafgaand aan het vignettenonderzoek en aan de paneldiscussie onder deskundigen is een literatuuronderzoek verricht. Dit literatuuronderzoek was ten eerste bedoeld om de probleemkenmerken te identificeren die van belang zijn voor de indicatie van jeugdigen voor de geestelijke gezondheidszorg. In de literatuur kwam echter niet duidelijk naar voren welke kenmerken van belang zijn voor een GGZ-indicatie. Daarom zijn probleemkenmerken geselecteerd die volgens de literatuur in het algemeen van belang zijn voor het stellen van een indicatie in de jeugdzorg. Deze kenmerken zijn vervolgens voorgelegd aan een aantal deskundigen. Hen is gevraagd deze kenmerken te beoordelen op hun belang voor een GGZ-indicatie. Uiteindelijk zijn veertien probleemkenmerken gebruikt in het onderzoek.

Een tweede doel van het literatuuronderzoek was om de zorgactiviteiten en disciplines in de jeugdzorg te inventariseren. Een verantwoorde afbakening van het domein van de jeugd-GGZ van andere jeugdzorgsectoren is immers alleen mogelijk als het hele zorgaanbod in het onderzoek vertegenwoordigd is. Getracht is om de lijst met zorgactiviteiten zo samen te stellen, dat deze het aanbod van de hele jeugdzorg dekt. Ook de lijst met disciplines diende volledig te zijn. De zorgactiviteiten en disciplines zijn in beide deelonderzoeken opgenomen.

1.7.3 Vignettenonderzoek

Na het literatuuronderzoek zijn de twee deelonderzoeken opgezet om een antwoord

op beide onderzoeksvragen te kunnen geven. Met behulp van de vignettenmethode is een antwoord gezocht op de vraag wie tot de kring der rechthebbenden op AWBZ-gefinancierde geestelijke gezondheidszorg zou moeten behoren. Hiertoe zijn 32 vignetten geconstrueerd waarin de veertien probleemkenmerken systematisch gevarieerd zijn. Vervolgens zijn deze vignetten ingevuld met reële probleemsituaties, waarin jeugdigen en/of hun gezin kunnen verkeren. Zo ontstonden 32 verschillende casussen uit de jeugdzorg. Deze casussen zijn opgenomen in een vragenlijst die is voorgelegd aan medewerkers van alle jeugdzorginstellingen in Nederland. Nagegaan is welke jeugdigen (met welke problematiek) geestelijke gezondheidszorg zouden behoeven. Bovendien leverde de vragenlijst aanvullende informatie over het zorgaanbod op. De gegevens gaven zicht op wat indicatiestellers tot het takenpakket van de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen rekenen. De instelling die de zorg zou moeten verlenen, diende bij het vignettenonderzoek als criterium voor de afbakening van de geestelijke gezondheidszorg van andere jeugdzorg.

In deze paragraaf is slechts beperkt ingegaan op de vignettenmethode. In het volgende hoofdstuk komt deze methode uitgebreid aan de orde, omdat de vignetten van het grensvlakonderzoek ook de basis vormen voor dit onderzoek naar de indicatiestelling in de jeugdzorg. Bij de beschrijving van de vignettenmethode in hoofdstuk 2 zal ook weer, voor zover relevant, de opzet van het grensvlakonderzoek ter sprake komen.

1.7.4 Paneldiscussie volgens de Randmethode

Het tweede deelonderzoek was een paneldiscussie onder deskundigen volgens de *Randmethode*. Een paneldiscussie volgens de Randmethode is een methode om toekomstgerichte vraagstellingen te beantwoorden. De Amerikaanse RAND-Corporation specialiseerde zich in gestructureerde discussies van een (beperkt) aantal experts, ook wel Randpanel genoemd, die elkaar enkele malen ontmoeten (Brook, 1994; McDonell e.a., 1996). Aan deze specialisatie heeft de Randmethode haar naam te danken.

In het grensvlakonderzoek is door middel van een discussie onder experts een antwoord gezocht op de vraag welke zorgactiviteiten en disciplines de geestelijke gezondheidszorg zou moeten omvatten. Voor de samenstelling van het Randpanel zijn twaalf deelnemers geselecteerd, die als deskundigen beschouwd werden op het gebied van de jeugdzorg in de meest brede zin: uit de jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ en jeugdbescherming. Alle panelleden bezetten belangrijke academische, beleids- of managementfuncties in de jeugdzorg. Ze waren allen reeds lang werkzaam in het veld - gemiddeld ruim 22 jaar - en bijna allen hadden ervaring met indicatiestelling en/of hulpverlening aan jeugdigen.

De twaalf panelleden hebben gediscussieerd over disciplines en zorgactiviteiten die kenmerkend zouden moeten zijn voor de geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen. Voorafgaand aan de eerste bijeenkomst kreeg elk panellid het verzoek een paar van de onderscheiden zorgactiviteiten te definiëren vanuit de eigen deskundigheid. Tijdens de eerste panelbijeenkomst was de discussie gericht op over-

eenstemming over de benoeming en definiëring van de zorgactiviteiten. Bovendien kwam de volledigheid van de aangeboden lijst met zorgactiviteiten en disciplines aan de orde.

Na afloop van de eerste bijeenkomst zijn de definities van de zorgactiviteiten aangepast. Vervolgens zijn alle combinaties van zorgactiviteiten en disciplines binnen de jeugdzorg schriftelijk aan alle panelleden voorgelegd. Voorbeelden van zo'n combinatie zijn 'training van sociale vaardigheden door een maatschappelijk werkende' en 'onderzoek naar het emotioneel-sociaal functioneren door een psycholoog'. Bij elke combinatie was de vraag in hoeverre deze tot de geestelijke gezondheidszorg zou moeten behoren. Combinaties van zorgactiviteit en discipline die in de praktijk niet voorkomen, zijn vooraf geschrapt uit de vragenlijst. Hierbij is grote terughoudendheid betracht om niet het gevaar te lopen, dat relevante informatie zou ontbreken. De combinaties van activiteiten en disciplines waarvan het panel vond dat deze in de geestelijke gezondheidszorg zouden moeten thuishoren, vormden het 'zorgpakket' voor deze sector.

1.8 Samenvatting en leeswijzer

In dit eerste hoofdstuk van dit proefschrift de aanleiding tot het onderzoek beschreven. Hiertoe is het belang van de indicatiestelling in de jeugdzorg aangegeven. In vogelvlucht zijn de ontwikkelingen in de jeugdzorg beschreven. Tot voor kort was het sterk afhankelijk van de sector (jeugdbescherming, jeugdhulpverlening of geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen) waarin de jeugdige terecht kwam, welke zorg verleend werd. Het huidige jeugdzorgbeleid is er op gericht dat de zorg afgestemd wordt op de problematiek. Hierin heeft de indicatie een spilfunctie. De indicatie is namelijk het resultaat van een besluitvormingsproces, waarin de indicatiesteller aangeeft welke problemen de jeugdige en zijn of haar gezin ondervinden, welke zorg uit theoretisch oogpunt gepast is en welke zorg in de praktijk verleend dient te worden. Op basis van kennis enerzijds en ervaring anderzijds bepaalt de indicatiesteller per situatie welke zorg volgens hem gepast is. Ingegaan is op de vraag hoe een indicatiesteller weet dat hij de juiste beslissingen neemt. Empirisch bewijsmateriaal voor de juistheid van de keuze van de zorg is schaars. Onderzoek naar de effectiviteit van jeugdzorg is er wel, maar de resultaten zijn versnipperd en leveren geen totaalbeeld op van problematiek en daarbij passende zorg. Als een dergelijk totaalbeeld al te verkrijgen is door middel van wetenschappelijk onderzoek, dan blijft de indicatiesteller bij de beoordeling van individuele probleemsituaties altijd nog deels aangewezen op zijn ervaringskennis.

Als de informatie uit wetenschappelijk effectonderzoek ontoereikend is, kan informatie op basis van ervaringskennis tot nieuwe of andere inzichten leiden, die uiteindelijk weer getoetst kunnen worden in wetenschappelijk onderzoek. Hiertoe is dit onderzoek opgezet. Op basis van ervaringskennis van indicatiestellers is onderzocht op welke kenmerken van de problematiek van de jeugdige en diens gezin de verschillende indicaties gebaseerd zijn, als indicatiestellers een probleemsituatie los van praktische mogelijkheden en onmogelijkheden mogen beoordelen. Behalve

inzicht in de zorg die indicatiestellers gepast vinden, heeft het onderzoek ook enig zicht gegeven op de bestaande overeenstemming over de indicaties in de jeugdzorg.

De gegevens voor dit onderzoek zijn eerder geanalyseerd vanuit een andere onderzoeksvraag. Ter verduidelijking zijn de achtergrond en opzet met gebruikte methoden van dit zogenoemde grensvlakonderzoek (Berben e.a., 1997a) kort beschreven in paragraaf 1.7.

Leeswijzer

Ter afsluiting van dit eerste hoofdstuk, waarin de aanleiding tot dit onderzoek is beschreven, wordt in deze leeswijzer aangegeven hoe dit proefschrift verder is opgebouwd.

In hoofdstuk 2 worden de onderzoeksopzet en de toegepaste vignettenmethode beschreven. Uitgangspunt van het onderzoek is dat indicatiestellers de keuze van de zorg dienen te baseren op de kenmerken van de problematiek. Deze kenmerken vormen de onafhankelijke variabelen in het onderzoek. De zorgactiviteiten zijn de afhankelijke variabelen.

De factoren die mogelijk de indicatie bepalen worden uitgebreid beschreven in de hoofdstukken 3 en 4. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van het literatuuronderzoek naar de kenmerken van de problematiek van jeugdigen die relevant zijn voor de indicatiestelling.

In hoofdstuk 4 wordt een overzicht gegeven van andere factoren die in de praktijk eveneens van invloed kunnen zijn op de indicatie. Ingegaan wordt op de aard van de indicatie als beslissing, op de kenmerken van de indicatiesteller, op die van de cliënt en op hun onderlinge relatie. Met een mogelijke invloed van deze factoren op de indicatie is in het onderzoek rekening gehouden.

Na dit theoretische deel van het proefschrift volgt de praktische uitwerking van het onderzoek. In hoofdstuk 5 worden de onderzoeksvariabelen beschreven. Bij de beschrijving van de resultaten in de hoofdstukken 6 en 7 is aangegeven op welke onderzoeksvraag een antwoord wordt gezocht en welke statistische technieken hiertoe gebruikt zijn.

In hoofdstuk 8 worden de conclusies van het onderzoek op een rij gezet en worden enkele methodologische kanttekeningen geplaatst bij de gevonden resultaten.

In de nabeschuiving in hoofdstuk 9 wordt ingegaan op de consequenties van de onderzoeksresultaten voor de organisatie en inhoud van de jeugdzorg.

In hoofdstuk 10 volgt een samenvatting van het geheel.

In dit proefschrift wordt consequent gesproken over jeugdigen. Daarmee worden personen van 0 tot 18 jaar bedoeld. Verder is er voor gekozen om de jeugdige met zijn ouders in dit proefschrift aan te duiden als cliënt, hoewel hiervoor ook de term 'patiënt' gebruikt wordt. Als er 'cliënt' in de tekst staat, wordt dan ook steeds bedoeld 'cliënt of patiënt'. Tevens zij vermeld, dat overal waar in dit proefschrift 'hij' staat 'hij of zij' bedoeld wordt.

2 Opzet en methode van onderzoek

'The contribution of research to policy and practice lies not so much with the immediate and specific applications but rather in constructing, challenging, or changing the ways policy makers and practitioners think about problems.'

(Shavelson, 1988, p. 4)

2.1 Inleiding

In dit onderzoek staat de indicatie in de jeugdzorg centraal. In de jeugdzorg is de jeugdige de cliënt of vormt samen met zijn ouders het cliëntsysteem. Het stellen van een indicatie in de jeugdzorg betekent het vaststellen welke problemen de jeugdige of het gezin ondervindt, wat er theoretisch aan gedaan kan worden en hoe dit in de praktijk vorm krijgt. De indicatie wordt in dit onderzoek gezien als resultaat van een besluitvormingsproces.

Om inzicht te verkrijgen in de indicatie als beslissing zijn er twee verschillende benaderingen mogelijk, te weten een procesmatige en een structurele benadering (Van den Brink, 1993; Van Dam, 1993; Strijker & Zandberg, 1997). In een procesmatige benadering staat het proces, de indicatiestelling, centraal. Dit wil zeggen dat alle fasen van de indicatiestelling, van het begin tot het einde, onder de loep genomen worden. Bij een structurele benadering wordt de samenhang tussen het te voorspellen criterium, dat wil zeggen de gestelde indicatie, en een set van voorspelers onderzocht.

In dit onderzoek is gekozen voor de structurele benadering. Uitgangspunt van het onderzoek is dat indicatiestellers zich bij het bepalen van de gepaste zorg in eerste instantie laten leiden door de problematiek van de jeugdige en diens gezin. De gestelde indicatie vormt in dit onderzoek het te voorspellen criterium en de probleemkenmerken zijn de voorspelers. Nagegaan wordt hoe deze twee samenhangen. Hoe het onderzoek naar deze samenhang is opgezet en welke methode daartoe gebruikt is, wordt in dit tweede hoofdstuk beschreven.

Het stellen van een indicatie is deels gebaseerd op beslissingen, waarvan de indicatiesteller zich bewust is en deels op beslissingen waarvan hij zich niet bewust is. Om ook zicht te krijgen op de kenmerken van de problematiek die onbewust een rol spelen bij het stellen van een indicatie is gekozen voor de vignettenmethode. In paragraaf 2.2 wordt deze methode beschreven.

Na de beschrijving van de vignettenmethode wordt ingegaan op de uitwerking ervan voor dit onderzoek. Hiertoe is eerst een literatuuronderzoek verricht naar relevante kenmerken van de problematiek van jeugdigen en hun ouders en naar relevante zorgactiviteiten. Deze vormen respectievelijk de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabelen in het onderzoek. Bovendien is in de literatuur nagegaan welke andere factoren dan de probleemkenmerken van invloed kunnen zijn op de indicatie als beslissing. Deze factoren kunnen gezien worden als storende variabelen in het onderzoek. Paragraaf 2.3 vormt een samenvatting van de resultaten van

het literatuuronderzoek. Aan zowel de relevante probleemkenmerken als aan andere factoren die mogelijk de indicatie beïnvloeden wordt in dit proefschrift een apart hoofdstuk gewijd (hoofdstuk 3 en 4).

In dit hoofdstuk komt vervolgens aan de orde hoe de variabelen verwerkt zijn in het onderzoek. De probleemkenmerken vormden de bouwstenen voor de vignetten. Vignetten zijn systematisch uitgewerkte beschrijvingen van concrete situaties. In paragraaf 2.4 wordt beschreven hoe de vignetten geconstrueerd zijn.

De vignetten zijn ingevuld met werkelijkheidsgetrouwe beschrijvingen van probleemsituaties, waarin jeugdigen en hun ouders kunnen verkeren, de zogenoemde casussen. Deze casussen zijn met een aantal vragen over de gepaste zorg voorgelegd aan indicatiestellers in de jeugdzorg. Paragraaf 2.5 gaat over de constructie van de vragenlijst.

In dit onderzoek zijn de beoordelingen van de casussen door de indicatiestellers geanalyseerd. Hiertoe is, mede op basis van het literatuuronderzoek, een aantal concrete onderzoeksvragen geformuleerd. Deze staan in paragraaf 2.6 vermeld.

In paragraaf 2.7 wordt kort aangegeven welke statistische technieken gebruikt zijn voor de verwerking van de gegevens. Bij de bespreking van de resultaten in de hoofdstukken 6 en 7 zal de daarbij gebruikte techniek uitgebreider aan bod komen.

Tot slot volgt een samenvatting van dit hoofdstuk in paragraaf 2.8.

2.2 Vignettenmethode

Bij het stellen van een indicatie geven kennis en ervaring enerzijds en opvattingen en attitudes anderzijds wisselend de doorslag welke zorg de indicatiesteller bij bepaalde problemen gepast vindt. Het hierbij horende beslissingsproces verloopt deels onbewust, omdat de meeste mensen zich niet altijd bewust zijn van de factoren die bij een bepaalde beslissing een rol spelen. Directe vragen naar de gedachtegang, die geleid heeft tot de gestelde indicatie, vereisen een hoog abstractievermogen van de ondervraagde. Meestal geven de antwoorden geen zuiver beeld van het beslissingsproces. Directe vragen lokken sociaal wenselijke antwoorden uit. Methoden, waarbij directe vragen gesteld worden, zijn dan ook een minder geschikt in onderzoek naar normatieve kwesties, waarbij het (ook) gaat om attitudes en gedrag (Alexander & Becker, 1987; Finch, 1987; Heverley, Fitt & Newman, 1984; Rossi & Anderson, 1982; Rossi, Simpson & Miller, 1985). Wanneer het gaat om onderzoek naar beslissingen, zoals die betreffende de indicatie, dan wordt, met name binnen sociaal-psychologisch onderzoek, bij voorkeur de vignettenmethode gehanteerd (Rossi, Simpson & Miller, 1985). Deze methode ligt ook ten grondslag aan het onderzoek in dit proefschrift.

Vignetten zijn systematisch uitgewerkte beschrijvingen van concrete situaties. Ze worden samengesteld uit kenmerken die naar verwachting van belang zijn voor de beslissing die wordt onderzocht. Door de systematische variatie van deze kenmerken behoudt de onderzoeker de (statistische) controle.

Een voorbeeld van deze methode is een onderzoek naar milieugedrag bij jeugdigen van 10 tot 13 jaar (Lagerweij & Swanborn, 1997). Dit onderzoek had als doel een instrument te ontwikkelen om de omgang van jeugdigen met hun natuurlijke omgeving te kunnen meten. In dit onderzoek zijn vier factoren onderzocht, namelijk het doel van een natuurlijk goed (bijvoorbeeld water en lucht), de locatie, de sociale en de fysieke kosten. Deze factoren zijn in alle mogelijke combinaties aan respondenten voorgelegd, met uitzondering van de combinaties, die situaties vormen waarmee jeugdigen in de betreffende leeftijdsgroep in hun dagelijkse leven nooit te maken krijgen. Ter illustratie volgt hier een voorbeeld van zo'n combinatie, die is gebruikt door Lagerweij en Swanborn (1997, p.370):

'Je bent lid van een sportvereniging. De vereniging verzamelt één keer per maand oud papier in. Iedereen is gevraagd de hele zaterdag langs de deuren te gaan. Van jouw vriend(inn)en helpt deze keer niemand mee. Jij kunt dan ook niet meehelpen, maar je kunt natuurlijk ook wel meehelpen.'

Aan de jeugdigen is bij elke beschrijving een concrete reactie gevraagd, waarbij de jeugdige uit een aantal mogelijkheden kon kiezen. De keuzen bij bovenstaand voorbeeld waren:

- * *Ik weet zeker dat ik niet meehelp.*
- * *Ik denk dat ik niet meehelp.*
- * *Ik denk dat ik wel meehelp.*
- * *Ik weet zeker dat ik wel meehelp.*

Een dergelijke vraagstelling sluit dicht bij de praktijk van de respondenten aan. Bovendien hoeven de respondenten niet zelf aan te geven hoe hun oordeel precies totstandkomt en in welke frequentie ze bepaald gedrag wel of juist niet vertonen.

De vignettenmethode kan op verschillende manieren gebruikt worden. Enerzijds is het mogelijk om te exploreren welke kenmerken een rol kunnen spelen bij de beoordeling van bepaalde situaties. In zo'n geval wordt naar aanleiding van een vignet een (half) open vraag gesteld, waarop de respondent spontaan een antwoord moet bedenken of zelfbedachte alternatieven kan noemen. Dit is bijvoorbeeld gebeurd in een onderzoek naar het oordeel van partners over wederzijdse onderhoudsverplichtingen (Finch, 1987). Anderzijds kan via de vignettenmethode statistisch getoetst worden welke bijdrage verschillende factoren leveren aan een bepaalde beslissing, zoals bijvoorbeeld gebeurde in het hierboven genoemde onderzoek naar milieugedrag bij jeugdigen (Lagerweij & Swanborn, 1997). Bij deze laatste variant van de methode staan de antwoordcategorieën vast. De respondent moet naar aanleiding van de vignetten antwoord geven op één of meer gesloten vragen.

Op deze laatste manier is ook dit vignettenonderzoek naar de indicaties in de jeugdzorg opgezet. Onderzocht is welke rol de onderscheiden probleemkenmerken speelden in de gestelde indicatie. Over de mogelijke rol van kenmerken die niet zijn opgenomen in de vignetten, kunnen geen uitspraken gedaan worden. Het gebruik van de vignettenmethode had twee consequenties:

- het onderzoek staat of valt met de constructie van de vignetten; de vignetten moesten duidelijk en consistent zijn en de meest cruciale kenmerken bevatten;
- de vignetten zijn ingevuld met casussen. Deze casussen waren werkelijkheids-

getrouw, maar het totale pakket was een afspiegeling van de kenmerken in het onderzoek en niet van de feitelijke verdeling van problemen van cliënten in de jeugdzorg.

Voor de constructie van de vignetten was het dus van groot belang om de cruciale kenmerken van de problematiek van jeugdigen en hun ouders te achterhalen. Hiertoe is een literatuuronderzoek verricht. Dit literatuuronderzoek had behalve de selectie van relevante probleemkenmerken nog twee andere doelen. Hierop wordt in de volgende paragraaf nader ingegaan. Hoe de vignettenmethode in dit onderzoek concreet is uitgewerkt, komt daarna in de paragrafen 2.4 en 2.5 aan de orde.

2.3 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek, dat voorafgaand aan de uitwerking van het vignettenonderzoek is verricht, was bedoeld om te inventariseren welke probleemkenmerken relevant zijn voor de te stellen indicatie in de jeugdzorg en welke zorgactiviteiten het aanbod aan jeugdzorg bepalen. De kenmerken van de problematiek van jeugdigen en hun ouders vormen de onafhankelijke variabelen in het onderzoek en de zorgactiviteiten de afhankelijke. Bovendien is in de literatuur nagegaan welke andere factoren dan de probleemkenmerken mogelijk van invloed zijn op de indicatie. Deze kunnen in het onderzoek een storende invloed hebben.

In deze paragraaf worden de resultaten van het literatuuronderzoek kort samengevat. Op de probleemkenmerken en op mogelijke andere factoren die de te stellen indicatie kunnen beïnvloeden wordt dieper ingegaan in respectievelijk hoofdstuk 3 en 4.

2.3.1 Selectie van probleemkenmerken

De probleemkenmerken vormen de bouwstenen van de vignetten. In paragraaf 2.2 is reeds aangegeven dat het voor de constructie van de vignetten cruciaal is om de relevante probleemkenmerken te selecteren. In deze paragraaf worden de resultaten van het literatuuronderzoek naar de probleemkenmerken, die de indicatie in de jeugdzorg bepalen, beknopt weergegeven. In hoofdstuk 3 wordt uitgebreid verslag gedaan van de resultaten van dit onderzoek.

De vignetten zijn eerder gebruikt ten behoeve van het grensvlakonderzoek (Berben e.a., 1997a; zie paragraaf 1.7), dat bedoeld was om meer inzicht te krijgen in de indicatie voor de jeugd-GGZ. Het bijbehorende literatuuronderzoek naar kenmerken die specifiek voor een GGZ-indicatie van belang zijn, leverde echter weinig concrete informatie op. Daarom zijn twintig kenmerken geselecteerd die in het algemeen van belang zijn voor een indicatie in de jeugdzorg. Deze lijst met kenmerken is aan twaalf deskundigen voorgelegd met de vraag het belang voor een

jeugd-GGZ-indicatie aan te geven. Zij dienden de kenmerken door middel van het toekennen van een rangordenummer in volgorde te zetten van meest belangrijk tot minst belangrijk voor een jeugd-GGZ-indicatie. In tabel 2.1 staan de probleemkenmerken met gemiddelde rangordeplaats vermeld.

Op grond van de reacties van de deskundigen zijn enkele probleemkenmerken samengevoegd, zijn andere kenmerken afgevoerd van de lijst en is één probleemkenmerk toegevoegd. Alleen die kenmerken, die de meeste deskundigen relatief onbelangrijk vonden, zijn uit het onderzoek gelaten. Kenmerken die de meeste beoordelaars belangrijk vonden of waarover de meningen uiteenliepen, zijn gehandhaafd.

Tabel 2.1 Rangordening van twintig probleemkenmerken naar het belang voor een jeugd-GGZ-indicatie

<i>Probleemkenmerken</i>	<i>gemiddelde rangordeplaats*</i>
<i>problematiek</i>	
1 problemen op biologisch/lichamelijk gebied	4
2 problemen op cognitief gebied	3
3 problemen op emotioneel gebied	1
4 problemen op sociaal gebied	2
5 kwetsbaarheid/weerbaarheid van de jeugdige	6
6 duur van de problematiek	5
7 verblijfplaats van de jeugdige	20
8 problemen in de thuissituatie	7
9 problemen op school	9
10 problemen in de vrije tijd	10
<i>hulpverleningsverleden</i>	
11 eerder contact met hulpverlening;	13
12 eerdere uithuisplaatsingen	16
<i>gezinssituatie</i>	
13 gezinssamenstelling	17
14 individuele problemen van de ouders	12
15 relatieproblemen tussen de ouders	15
16 relatieproblemen tussen ouder en kind	8
17 opvoedingscapaciteiten van de ouders	11
18 steun vanuit het gezin aan de jeugdige	14
<i>hulpvraag</i>	
19 wie vraagt hulp? (jeugdige, ouders, maatschappij)	18
20 crisissituatie?	19

* 1 = meest belangrijk; 20 = minst belangrijk.

Probleemkenmerken 11 en 12 zijn samengenomen tot 'eerder contact met de hulpverlening'. Wie de hulpvraag formuleert (probleemkenmerk 19) en de vraag of het probleem een crisissituatie betreft (probleemkenmerk 20) zijn afgevoerd van de lijst, omdat de deskundigen deze kenmerken niet erg relevant vonden voor de vraag welke zorg (wel of geen jeugd-GGZ) geïndiceerd is.

'Problemen in de thuissituatie' (probleemkenmerk 8) is als afzonderlijk probleemkenmerk afgevalen omdat de kenmerken 14 tot en met 18 hieraan concreet invulling geven. De reacties van de deskundigen leidden tot de conclusie dat 'steun vanuit het gezin' (probleemkenmerk 18) als een onderdeel van de 'opvoedingscapaciteiten van de ouders' (probleemkenmerk 17) kon worden opgevat. 'Steun van belangrijke andere personen dan de ouders' ontbrak ten onrechte in de lijst en is toegevoegd.

Hoewel aan de deskundigen is gevraagd de probleemkenmerken te beoordelen op hun belang voor de jeugd-GGZ-indicatie, is de uiteindelijke lijst met probleemkenmerken relevant voor de indicatie in de hele jeugdzorg. Om een goede afweging te kunnen maken of geestelijke gezondheidszorg voor een jeugdige wel of juist niet geïndiceerd is, moeten immers alle kenmerken relevant voor de indicatie in het algemeen vertegenwoordigd zijn. Dit blijkt ook uit het literatuuronderzoek waarvan in hoofdstuk 3 verslag gedaan wordt.

Uiteindelijk bestond de lijst uit veertien probleemkenmerken die mogelijk van belang zijn voor de te stellen indicatie. Uit het literatuuronderzoek kwam ook naar voren dat de ernst van de problematiek eveneens van belang kan zijn voor de indicatie (Aylward, 1992; Garmezy, 1985; Grizenko & Fisher, 1992; Van Montfoort, 1995; NRV, 1994b; Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1994; Plaats maken, 1994; Resnick & Burt, 1996; Rutter, 1979; 1985; Vuyk, 1987; Werner & Smith, 1977). In onderstaande opsomming staan tussen haakjes de waarden die elk kenmerk in het onderzoek kon aannemen.

1. lichamelijke problemen (geen, licht of ernstig);
2. cognitieve problemen (geen, licht of ernstig);
3. emotionele problemen (geen, licht of ernstig);
4. sociale problemen (geen, licht of ernstig);
5. schoolproblemen (ja, nee);
6. vrijetijdsproblemen (ja, nee);
7. individuele problemen van de ouders (ja, nee);
8. relatieproblemen tussen ouders (ja, nee);
9. relatieproblemen tussen ouder(s) en kind (ja, nee);
10. opvoedingscapaciteiten ouders (onvoldoende, voldoende, meer dan voldoende [spankracht]);
11. kwetsbaarheid van de jeugdige (ja, nee [weerbaar]);
12. steun van belangrijke andere personen dan de ouders (ja, nee);
13. duur van het probleem (<3 maanden, 3 maanden tot 1 jaar, > 1 jaar);
14. eerder contact met de hulpverlening (ja, nee).

Met de voorgaande veertien probleemkenmerken zijn de vignetten voor dit onderzoek geconstrueerd. Hoe dit gebeurd is, zal in paragraaf 2.4 beschreven worden. Eerst zullen echter de resultaten van de andere twee delen van het literatuuronderzoek besproken worden.

2.3.2 Inventarisatie van zorgactiviteiten

Een tweede doel van het literatuuronderzoek was om te inventariseren uit welke zorgactiviteiten het jeugdzorgaanbod bestaat. Om de indicatiestellers bij de probleembeschrijvingen een reële keuze te kunnen laten maken, is getracht een lijst met zorgactiviteiten op te stellen, die het aanbod in de jeugdzorg zo volledig mogelijk dekt. In de praktijk bestaan er veel variaties op zorgactiviteiten, die slechts op details verschillen, maar om enig overzicht te houden is uitgegaan van de hoofdvormen.

Een leidraad bij de indeling van de zorgactiviteiten, die is ingegeven door de ontwikkelingen binnen het jeugdzorgbeleid, was de functie van de zorg (Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1997; NRV, 1992; NRV, 1994a; Regie in de jeugdzorg, 1994; Plaats maken, 1994; Werkgroep Corona, 1997; Werkgroep Zorgprogrammering, 1997). Een van de doelstellingen van het huidige jeugdzorgbeleid is dat de zorg doelgericht is. Hiertoe zijn door diverse commissies voorstellen gedaan voor de indeling van het aanbod in functies (Commissie Harmonisatie van Normen, 1991; IWRV, 1984; Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1997; Regie in de Jeugdzorg, 1994; Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid, 1996). De indelingen verschillen onderling enigszins. Niet alleen benoemen de diverse commissies de functies verschillend, maar er is ook verschil in de soort functies, waarvoor de indeling geldt, zoals 'toegangsfuncties' en 'zorgfuncties' (Van Yperen & Van Rest, 1998). Voor dit onderzoek dat gericht is op de samenhang tussen problematiek en gepaste zorg, zijn de inhoudelijke zorgfuncties relevant. Na vergelijking van de verschillende indelingen zijn de volgende functies onderscheiden:

- diagnostisch onderzoek;
- advisering;
- begeleiding;
- behandeling;
- verblijf.

In navolging van de Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid (1996) wordt een functie gedefinieerd als een globale, op een bepaald doel gerichte activiteit. Het gaat hierbij om een activiteit van de hulpverlener. Elke functie wordt hieronder kort omschreven.

Diagnostisch onderzoek

De eerstgenoemde functie betreft diagnostisch onderzoek. Na het formuleren van de (complexe) hulpvraag is het verder onderzoeken van de problematiek de eerste stap in het proces van indicatiestelling. Door middel van diagnostisch onderzoek probeert de indicatiesteller inzicht te krijgen in de problematiek van de jeugdige. In 'Toegang tot de jeugdzorg' formuleert de werkgroep diagnostiek als 'het volgens methodische principes opbouwen van een gedetailleerd beeld van de jeugdige en het cliënt-systeem, waarin de hulpvraag, de problematiek en de daarmee samenhangende factoren, alsook de aangrijpingspunten voor een mogelijke oplossing in een zinvol onderling verband zijn gebracht. Het accent ligt hierbij op het vormen van een

onafhankelijk en geobjectiveerd beeld van de aard van de zorgvraag.' (Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1997, p. 32).

Diagnostisch onderzoek kan gericht zijn op één of meer ontwikkelingsdomeinen en op de verschillende levensterreinen. Informatie kan verzameld worden door middel van gesprekken met de jeugdige, de ouders en/of andere betrokken personen, door middel van tests en/of door observatie van gedrag. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van meer of minder gestructureerde vragenlijsten.

Advisering

Advisering van de cliënt kan gedurende het hele hulpverleningsproces gepast zijn en kan betrekking hebben op heel uiteenlopende onderwerpen. Het geven van advies is een manier om de problematiek van een kader te voorzien, waardoor de probleemsituatie voor de jeugdige en/of de ouders duidelijk(er) wordt. Naast het geven van concreet advies aan de jeugdige en/of de ouders vallen onder de functie advisering ook de activiteiten informeren, bemiddelen en voorlichten van zowel individuen als groepen. Ook advies aan derden die direct te maken hebben met de hulpverlening aan de jeugdige en/of de ouders hoort hierbij.

Advisering is gericht op het bevorderen van een gunstige ontwikkeling van de jeugdige naar volwassenheid (Commissie Harmonisatie van Normen, 1991). Volgens de Commissie Harmonisatie van Normen (1991) is advisering in het bijzonder gericht op het voorkómen van problemen of stoornissen, die de jeugdigen in hun ontwikkeling bedreigen. Ter bevordering van een gunstige ontwikkeling van de jeugdigen dient deze functie niet alleen als preventief middel gehanteerd te worden. Evenals de andere zorgfuncties is advisering ook bedoeld om problemen te verhelpen, te verminderen of te stabiliseren.

Begeleiding en behandeling

Begeleiding en behandeling zijn functies die vaak in één adem genoemd worden, omdat ze in de praktijk dicht bij elkaar liggen. Beide functies zijn vormen van zorg om op systematische wijze de gestelde doelen in het hulpverleningsplan te bereiken. In het onderzoek is echter onderscheid gemaakt tussen zorgactiviteiten ter begeleiding en die ter behandeling. Tussen begeleiding en behandeling bestaat een verschil in intensiteit en in methodiek.

Begeleidende contacten kunnen volgens Van der Ploeg en Scholte (1995) inzicht geven, ondersteunen en/of regelend zijn. Vaak gebeurt dit door middel van gesprekken. Globaal ligt bij begeleiding de nadruk op het ondersteunen of coachen of het aanleren van praktische vaardigheden. In dit onderzoek zijn de zorgactiviteiten met een dergelijk karakter gerangschikt onder begeleidingsactiviteiten.

De functie 'behandeling' is in het onderzoek gereserveerd voor het doelgericht geven van een specifieke therapie. Door de Commissie Harmonisatie van Normen (1991) wordt behandeling omschreven als 'frequent en systematisch werken aan

gedragsverbetering, oplossen van ernstige intrapsychische problemen of aan het verminderen van complexe gezinsproblemen.' Volgens Van der Ploeg en Scholte (1995) gaat het bij behandeling om een gestructureerde en intensieve aanpak. Hoewel de intensiteit van begeleidende contacten heel erg kan variëren, gaat het bij begeleiding over de hele linie gezien om een minder intensieve zorg dan bij behandeling.

Behalve een verschil in intensiteit is er ook een verschil in methodiek tussen begeleiding en behandeling. Het kenmerkende van de behandelingsmethodiek komt duidelijk naar voren in een beschrijving van de overeenkomst tussen psychotherapieën en activiteitentherapieën door Verheij (1998). Psychotherapie is de overkoepelende term voor systematische doelgerichte behandelingen vanuit verschillende theoretische kaders (leertheorie, psychoanalyse, cliëntgerichte of ervaringsgerichte principes en systeemtheorie) binnen de psychologie en psychiatrie (Berben e.a., 1997a). Activiteitentherapieën zijn ontstaan vanuit het idee dat niet alleen verpleging, maar ook creatief bezig zijn het herstel kan bevorderen (Verheij, 1998). Onder deze naam vallen alle creatieve therapieën, psychomotore therapie en arbeidstherapie. Behalve eenzelfde doel heeft elke therapievorm '.... een specifieke accommodatie, een kenmerkende professionalisering van de therapie en de therapeut én de specifieke appèls die daarvan uitgaan (Verheij, 1998, p. 159)'. Hierbij kan eventueel gebruik gemaakt worden van een specifiek middel.

De specifieke, methodisch gehanteerde context met eventueel gebruik van een specifiek middel is ook kenmerkend voor andere behandelingen, zoals functiegericht therapie en educatieve therapie. Soms ligt de nadruk op de accommodatie, zoals bij therapeutische gezinsverpleging, en soms op het middel, zoals bij psychofarmacotherapie. Bij begeleiding is de accommodatie niet van direct belang.

Zowel ten aanzien van begeleiding als ten aanzien van behandelingen kan onderscheid gemaakt worden in zorgactiviteiten die primair gericht zijn op de jeugdige, op de ouders of op het (pleeg)gezin. Naast de individuele vormen bestaan er ook vormen van begeleiding en behandeling voor groepen. Bij deze groepsvormen zijn groepen jeugdigen of meerdere gezinnen tegelijkertijd in behandeling.

Verblijf

Verblijf houdt in het bieden van een verblijfsmogelijkheid (accommodatie) aan een jeugdige in het kader van jeugdzorg. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden in het bieden van permanent en van partieel verblijf (Commissie Harmonisatie van Normen, 1991). Permanent verblijf biedt een accommodatie voor 24 uur per dag, dat wil zeggen voor dag en nacht, terwijl een partieel verblijf alleen overdag geboden wordt voor enkele uren.

De concretisering van deze functie in zorgactiviteiten is gekoppeld aan het doel van het verblijf, namelijk: opvoeding en verzorging, gedragscorrectie en/of bescherming van de jeugdige, het gezin en/of de maatschappij. Dit doel kan zowel op vrijwill-

lige basis als vanuit een justitieel kader gesteld worden.

De zorgactiviteiten

Jeugdzorg wordt in heel veel verschillende vormen aangeboden aan de jeugdige en zijn of haar ouders. In de literatuur zijn de zorgactiviteiten in de jeugdzorg geïnventariseerd. De indeling in functies bepaalt in het onderzoek de hoofdstructuur van het geheel aan zorgactiviteiten. Het onderscheid tussen de verschillende ontwikkelingsdomeinen en tussen de levensterreinen waarop problemen zich kunnen voordoen, is gebruikt als handvat om elke functie met concrete zorgactiviteiten in te vullen. Uiteindelijk zijn de vijf functies ingevuld met 44 zorgactiviteiten. Deze staan groepsgewijs vermeld in het overzicht in tabel 2.2.

Tabel 2.2: Overzicht van zorgactiviteiten die geselecteerd zijn voor het onderzoek

<i>Diagnostisch onderzoek:</i> lichamelijk (medisch) onderzoek functiegericht (paramedisch) onderzoek psychologisch onderzoek naar cognitief functioneren psychologisch onderzoek naar sociaal-emotioneel functioneren onderzoek naar functioneren op school onderzoek naar functioneren in de vrije tijd gedragsobservatie gezinstaxatie psychiatrisch onderzoek	<i>Behandeling:</i> medicatie gedragscorrectie gedragstherapie (spel)psychotherapie gezins(psycho)therapie groeps therapie van de ouders groeps therapie van de jeugdige video-hometraining therapeutische gezinsverpleging (TGV) remedial teaching educatieve therapie creatieve therapie muziektherapie dramatherapie bewegings therapie fysiotherapie ergotherapie logopedie
<i>Advisering:</i> advisering aan de jeugdige advisering aan de ouders/verzorgers (bij de opvoeding) advisering aan de leerkracht van de jeugdige op (externe) school	<i>Verblijf:</i> opvoeding en verzorging straf bescherming van de jeugdige bescherming van het gezin bescherming van de maatschappij
<i>Begeleiding:</i> begeleiding van de ouders (bij de opvoeding) begeleiding van de pleegouders begeleiding van de groepsleiding begeleiding van de leerkracht training van sociale vaardigheden training van schoolvaardigheden training van algemene beroepsvaardigheden begeleiding van de vrijetijdsbesteding begeleiding bij het zelfstandig wonen	

De zorgactiviteiten in tabel 2.2 vormden het zorgaanbod voor jeugdigen waaruit de indicatiestellers in het onderzoek de gepaste zorg konden samenstellen. Voor de beschrijving van de verschillende zorgactiviteiten is aangesloten bij de definities, die in het grensvlakonderzoek (Berben e.a., 1997a, bijlage 4b) mede op basis van een discussie onder deskundigen zijn geformuleerd (zie ook paragraaf 1.7.4).

2.3.3 Mogelijke andere factoren van invloed op de te stellen indicatie

In dit onderzoek is nagegaan welke kenmerken van de problematiek van de jeugdige en diens ouders de keuze van de zorg bepalen. Deze kenmerken vormen echter niet de enige factoren die invloed uit kunnen oefenen op de te stellen indicatie in de praktijk. Een derde doel van het literatuuronderzoek was om te achterhalen welke andere factoren de indicatie mogelijk beïnvloeden. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van dit literatuuronderzoek uitgebreid beschreven. In deze paragraaf worden de resultaten kort samengevat.

Uit het literatuuronderzoek bleek dat behalve probleemkenmerken ook kenmerken van de indicatiesteller, van de cliënt en van hun onderlinge relatie relevant zijn voor de beslissing die uiteindelijk genomen wordt over de gepaste zorg. Daarnaast kunnen ook praktische mogelijkheden en onmogelijkheden het resultaat van de indicatiestelling mede bepalen. Door gebruik te maken van vignetten oefenden deze factoren in het onderzoek geen invloed uit op de indicatie. De achtergrondkenmerken van de indicatiesteller, zoals functie, discipline, werkervaring en sector, vormden daarop een uitzondering. Omdat de gegevens in de literatuur niet eenduidig zijn over de invloed van de achtergrondkenmerken op de te stellen indicatie, is in dit onderzoek rekening gehouden met deze kenmerken. Hiertoe is een aparte onderzoeksvraag geformuleerd (zie paragraaf 2.6).

De resultaten van het literatuuronderzoek zijn gebruikt voor de uitwerking van de vignettenmethode voor dit onderzoek. Na de inventarisatie van relevante probleemkenmerken, van zorgactiviteiten en van mogelijke andere relevante factoren was de constructie van de vignetten, die door de indicatiestellers beoordeeld dienden te worden, de eerstvolgende stap in het onderzoek. Hierop wordt in de volgende paragraaf ingegaan.

2.4 Constructie van de vignetten

In paragraaf 2.3.1 zijn de veertien probleemkenmerken genoemd, die volgens de literatuur relevant zijn voor de te stellen indicatie in de jeugdzorg. Elke willekeurige combinatie van deze kenmerken vormt een vignet. Een systematische variatie van de veertien onderscheiden probleemkenmerken leidt tot bijna 200.000 verschillende vignetten. Via het SPSS-programma Orthoplan was het mogelijk om dit aantal sterk te reduceren. Orthoplan is een methode om factoren systematisch over vignetten te variëren. De verdeling gebeurt zo efficiënt dat het minimum aantal vignetten over blijft, waarbij regressie-analyse nog kan aantonen welke probleemkenmerken een rol spelen bij de keuze van de zorgactiviteit. Het voorbeeld hierna, ontleend aan Vriens (1992; 1994), verduidelijkt dit.

Bij de aanschaf van een koffiezetapparaat kan de keuze bepaald worden door verschillende kenmerken van het apparaat. Vriens (1992) noemt capaciteit, prijs, merk, kleur en aanwezigheid van een aromaklep. Deze kenmerken kunnen elk verschillende waarden hebben. In tabel 2.3 staan deze kenmerken met de bijbehorende waarden

vermeld.

Tabel 2.3: Kenmerken met bijbehorende waarden van koffiezetapparaten (Vriens, 1992)

Kenmerken van koffiezetapparaten				
Capaciteit	Prijs	Merk	Kleur	Aromaklep
Max. 6 kopjes	f40,-	Philips	Wit	Aanwezig
Max. 8 kopjes	f65,-	Moulinex	Zwart	Afwezig
Max. 10 kopjes	f75,-	Rowenta	Bruin	
Max. 12 kopjes	f90,-	Ismet	Rood	

Theoretisch zijn er op grond van deze kenmerken 512 (4x4x4x4x2) verschillende koffiezetapparaten te specificeren. Twee voorbeelden van zo'n specificatie (vignet) zijn:

Voorbeeld 1

Merk: Philips
 Capaciteit: 10 kopjes
 Prijs: f75,-
 Kleur: wit
 Aromaklep: aanwezig

Voorbeeld 2

Merk: Rowenta
 Capaciteit: 6 kopjes
 Prijs: f90,-
 Kleur: rood
 Aromaklep: afwezig

Als een verkoper zou willen laten onderzoeken naar welke apparaten met welke specifieke kenmerken de meeste voorkeur uitgaat, zou hij alle verschillende apparaten kunnen laten beoordelen door respondenten. De respondenten zouden de apparaten kunnen rangordnen in volgorde van voorkeur of voor elk apparaat een waardering kunnen geven op een schaal van 1 tot 10. Bij 512 apparaten is dat echter een bijna onmogelijke taak.

De verkoper kan echter ook volstaan met een selectie van apparaten, waarin alle kenmerken vertegenwoordigd zijn. Gebruikt hij Orthoplan dan zijn 16 verschillende apparaten voldoende om op grond van de beoordelingen door de respondenten te achterhalen welke kenmerken met welke waarde de meeste doorslag geven bij de keuze voor een koffiezetapparaat. Hij ontdekt bijvoorbeeld dat alle rode koffiezetapparaten een relatief hoge waardering krijgen en alle witte apparaten een relatief lage. Hieruit blijkt dat de respondenten een grotere voorkeur voor een rood dan voor een wit koffiezetapparaat hebben.

Uit dit voorbeeld blijkt dat het aantal variaties dat voor de analyse noodzakelijk is op een verantwoorde manier kan worden teruggebracht. Uit een totaal van 512 variaties zijn meer selecties van 16 vignetten mogelijk om dezelfde vraag te beantwoorden. De twee koffiezetapparaten die in voorgaand voorbeeld genoemd zijn kunnen in twee verschillende selecties voorkomen met als enige verschil dat de kleuren verwisseld zijn. Dit maakt voor de analyse niet uit. Het gaat om de systematische variatie van alle kenmerken. De kenmerken moeten zo vertegenwoordigd zijn, dat analyse op alle kenmerken mogelijk is. In welke combinatie de kenmerken precies voorkomen is van secundair belang.

In dit onderzoek naar de indicaties in de jeugdzorg kon het aantal vignetten, noodzakelijk om alle veertien kenmerken te onderzoeken op hun bijdrage aan de

indicatie, met behulp van Orthoplan worden teruggebracht tot 32. Een voorbeeld van zo'n vignet is:

<i>lichamelijke problemen</i>	- ernstig probleem
<i>cognitieve problemen</i>	- ernstig probleem
<i>emotionele problemen</i>	- geen probleem
<i>sociale problemen</i>	- ernstig probleem
<i>schoolproblemen</i>	- ja
<i>vrijetijd problemen</i>	- ja
<i>individuele ouderproblemen</i>	- ja
<i>relatieproblemen ouders</i>	- nee
<i>ouder-kindrelatie problemen</i>	- ja
<i>opvoedingscapaciteiten</i>	- onvoldoende capaciteiten
<i>kwetsbaarheid/weerbaarheid</i>	- weerbaar
<i>steun significant others</i>	- nee
<i>duur probleem</i>	- 3 maanden tot 1 jaar
<i>eerder contact hulpverlening</i>	- ja

Elk vignet bestaat uit steeds een andere combinatie van alle kenmerken. Dergelijke abstracte vignetten vragen echter veel voorstellingsvermogen van een respondent. Daarom zijn de 32 vignetten ingevuld met beschrijvingen van problemen waarmee jeugdigen en hun ouders te maken kunnen hebben, de zogenoemde casussen. Als hulpmiddel bij het invullen van de vignetten is een lijst opgesteld met voorbeelden van elk probleemkenmerk, waarbij vooraf ook onderscheid is gemaakt tussen de lichte en de ernstige vorm van de problematiek.

Omdat de casussen herkenbaar dienden te zijn voor de indicatiestellers die ze zouden gaan beoordelen, hebben probleemsituaties uit de realiteit model gestaan. Hiertoe is in diverse leerboeken gezocht naar probleembeschrijvingen en is gebruik gemaakt van de resultaten uit een onderzoek onder cliënten in de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming (Konijn, Van Ooyen-Houben & Hull, 1996). De op deze manier verzamelde casussen uit de kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugdhulpverlening en jeugdbescherming zijn geanalyseerd op het voorkomen van de onderscheiden kenmerken. Bij elk vignet is op deze manier een passende casus uit de praktijk gezocht. In een enkel geval is de casus op een detail aangepast aan de kenmerken in het vignet. Het hiervóór beschreven vignet is de volgende casus in de vragenlijst geworden:

'Als Joost op de kleuterschool zit, valt op dat hij niet kan stilzitten. Op advies van de RIAGG wordt hij doorgestuurd naar de neuroloog, die een neurologische afwijking constateert. Door de situatie voor Joost duidelijk te structureren kan hij korte taken uitvoeren.'

Joost is nu 7 en zit alweer een half jaar in groep 3. Hij is heel erg druk, impulsief, ongeconcentreerd en heeft problemen met de leerkracht die zich hevig stoort aan zijn ongedurigheid. Zijn ouders weten geen raad met hem. Moeder is overspannen. Vader heeft voortdurend ruzie met hem. Na schooltijd gaat hij niet direct naar huis, maar zwerft rond. Vrienden heeft hij niet. Als de politie op een gegeven moment voor de deur staat, blijkt dat hij steelt. Ook thuis pakt hij wel eens geld weg. De ouders voelen zich machteloos.'

De 32 verschillende casussen zijn voorgelegd aan de deelnemers aan het onderzoek. De vragenlijst met casussen maakte het mogelijk om in aansluiting op de dagelijkse praktijk en toch vrij van praktische belemmeringen, een groot aantal indicatiestellers te raadplegen over een complexe kwestie. In feite is een 'collegiaal advies' gevraagd in een aantal concrete probleemsituaties. Deze manier van onderzoeken motiveerde de respondenten, zoals ook is gebleken uit de vele positieve (telefonische) reacties van de deelnemers aan het onderzoek. Hoe de respondenten benaderd zijn voor deelname aan het onderzoek wordt beschreven in hoofdstuk 5. In de volgende paragraaf wordt beschreven hoe de vragenlijst geconstrueerd is.

2.5 Constructie van de vragenlijst

In het onderzoek zijn de 32 verschillende vignetten elk met een andere casus ingevuld. Hoewel de noodzakelijke inspanning bij de beoordeling per vignet afhangt van het aantal kenmerken, het aantal vragen en de aard van de vraagstelling, adviseerde Nosanchuk (1972) om maximaal tien vignetten aan één persoon aan te bieden. De beoordeling van meer vignetten zou teveel tijd en inspanning kosten en tot non-respons en onnauwkeurigheid leiden.

Eén indicatiesteller zou dus niet alle 32 casussen kunnen beoordelen. Om deze reden is de vragenlijst in acht varianten gemaakt met steeds dezelfde structuur. Elke variant bestond uit acht verschillende casussen met per casus steeds dezelfde reeks vragen. Om bepaalde antwoordtendenties tegen te gaan (Koele & Westenberg, 1997; Nisbett & Wilson, 1977; Rossi & Anderson, 1982) kwam elke casus in twee varianten van de vragenlijst voor en stonden de casussen in de verschillende varianten in verschillende volgorde. Bij de samenstelling van de varianten is gezorgd voor een gelijke verdeling van geslacht en leeftijd van de jeugdigen om wie het in de casussen draait.

Bij elke casus hebben de respondenten steeds dezelfde gesloten vragen beantwoord over de gepaste zorg voor de jeugdige en/of zijn gezin (zie bijlage 2). De respondenten is nadrukkelijk verzocht de casussen los van praktische mogelijkheden en onmogelijkheden, zoals wachtlijsten en geografische afstand, te beoordelen. Gevraagd is welke zorgactiviteiten zij bij elke probleemsituatie noodzakelijk achtten voor deze jeugdige (en diens gezin), welke discipline deze zorg zou moeten verlenen en naar welke instelling ze de jeugdige en/of de ouders zouden verwijzen. Bij elke casus stonden alle zorgactiviteiten en disciplines steeds opnieuw opgesomd, zodat de respondenten konden volstaan met het aankruisen van de geïndiceerde zorg. Daarnaast was er ook ruimte om vormen van zorg, disciplines en instellingen te noemen, die niet in de lijst waren opgenomen.

Verder moesten de respondenten bij elke casus aangeven hoe belangrijk zij de onderscheiden probleemkenmerken vonden voor de indicatiestelling. Elke vragenlijst sloot af met enkele algemene vragen over de achtergrond van de respondent. In dit onderzoek zijn alleen de vragen met betrekking tot de zorgactiviteiten en de achtergrondgegevens van de indicatiesteller gebruikt in de analyses.

Zoals in paragraaf 1.6 is aangegeven, is het doel van het onderzoek om na te gaan welke zorg indicatiestellers bij welke problematiek gepast vinden. De term 'gepast' laat echter meerdere interpretaties toe. In dit onderzoek wordt uitgegaan van de betekenis 'precies afgepast', 'berekend naar het doel', maar gepast kan ook opgevat worden als 'geschikt voor' (Van Dale, 1995). Bij de laatste betekenis van de term zullen indicatiestellers meer zorgactiviteiten gepast vinden dan bij de eerste. Bij een te brede interpretatie van 'gepast' bestaat het gevaar dat een mogelijke differentiatie naar problematiek verloren gaat. Voor de duidelijkheid is in het onderzoek daarom een vertaalslag van gepast (in theorie) naar noodzakelijk (in de praktijk) gemaakt. Aan de respondenten is letterlijk gevraagd welke zorgactiviteiten zij bij elke casus minimaal noodzakelijk achtten. Deze vraagstelling dwingt tot nadenken over de zorg die volgens hen in de gegeven situatie onmisbaar is en levert gegevens op over zorg, die geïnterpreteerd kan worden als 'precies afgepast, berekend naar het doel'.

De beoordelingen van de casussen door de indicatiestellers zijn geanalyseerd op gepaste zorg aan de hand van een aantal onderzoeksvragen. Deze worden in de volgende paragraaf toegelicht.

2.6 Onderzoeksvragen

Om inzicht te krijgen in de gepaste jeugdzorg is geanalyseerd hoe indicatiestellers de probleembeschrijvingen van jeugdigen en hun ouders in de vragenlijsten hebben beoordeeld. Deze probleembeschrijvingen zijn systematisch gevarieerd op veertien probleemkenmerken (zie paragraaf 2.3.1). De gepaste zorg konden indicatiestellers samenstellen uit 44 zorgactiviteiten (zie paragraaf 2.3.2). Op basis van de gegevens is niet direct een duidelijk beeld te creëren van de samenhang tussen problematiek en gepaste zorg. Mede gezien het grote aantal combinaties dat mogelijk is tussen de veertien probleemkenmerken enerzijds en de 44 zorgactiviteiten anderzijds, is de samenhang tussen beide groepen variabelen niet een eenvoudige één-op-één relatie. Het gaat om complexe verbanden, waarbij een stapsgewijze aanpak bij de analyse van de gegevens aangewezen is. Hiertoe zijn mede op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. *Welke kenmerken in de problematiek van jeugdigen dragen significant bij aan de keuze van de zorgactiviteit, die indicatiestellers gepast vinden?*
2. *Welke combinaties van zorgactiviteiten zijn te onderscheiden?*
3. *Welke kenmerken in de problematiek van jeugdigen dragen significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die indicatiestellers gepast vinden?*
4. *In hoeverre dragen de ernst en de complexiteit van de problematiek significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die indicatiestellers gepast vinden?*
5. *In hoeverre dragen kenmerken van de indicatiestellers (functie, discipline, werkervaring en sector) significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die zij gepast vinden?*

De eerst onderzoeksvraag is gericht op de samenhang tussen de problematiek en alle zorgactiviteiten afzonderlijk. Hiertoe is als eerste de samenhang tussen alle probleemkenmerken en zorgactiviteiten afzonderlijk nagegaan. De afzonderlijke associaties tussen alle probleemkenmerken en zorgactiviteiten gaven een eerste inzicht in de zorgactiviteiten die volgens de respondenten bij elk probleemkenmerk de voorkeur verdienden.

Bij elk probleemkenmerk was naar verwachting een aantal verschillende zorgactiviteiten gepast zijn. Aan de andere kant kon bij verschillende probleemkenmerken dezelfde zorgactiviteit gepast zijn. Vervolgens is dan ook onderzocht welke probleemkenmerken een significante bijdrage hebben geleverd aan de keuze van indicatiestellers voor een bepaalde zorgactiviteit, als deze keuze eenmaal bekend is. Door vergelijking van de resultaten is nagegaan hoe belangrijk de aanwezigheid van verschillende probleemkenmerken was voor de keuze van één bepaalde zorgactiviteit. Andersom is ook vergeleken hoe groot het belang was van één probleemkenmerk voor de keuze van verschillende zorgactiviteiten. Op deze manier kon indirect een antwoord gegeven worden op de vraag in hoeverre de gepaste zorgactiviteiten te voorspellen zijn als bekend is welke probleemkenmerken zich voordoen.

In het jeugdzorgbeleid wordt vanuit de overheid nadruk gelegd op de indeling van de zorg in functies of programma's. Dit vormde de reden dat is nagegaan of er bepaalde combinaties van zorg te onderscheiden zijn. Bij elk probleemkenmerk kan een bepaalde combinatie van zorgactiviteiten gepast zijn. Na de analyse van de afzonderlijke zorgactiviteiten zijn eerst veel voorkomende combinaties van zorgactiviteiten in de data geïdentificeerd (vraag 2). De identificatie van mogelijke combinaties van zorg was een noodzakelijke voorbereiding op de onderzoeksvragen 3 tot en met 5. Vervolgens is nagegaan welke probleemkenmerken de respondenten betrokken hebben in hun oordeel bij de keuze van elke combinatie van zorgactiviteiten (vraag 3).

Uit de literatuur kwam naar voren dat behalve de afzonderlijke kenmerken ook de complexiteit en ernst van de problematiek van invloed kunnen zijn op de keuze van de zorg (zie hoofdstuk 3). Diverse auteurs suggereerden dat de complexiteit en ernst mogelijk nog belangrijker zijn voor het stellen van een indicatie dan de kenmerken van de problematiek. Vraag 4 heeft hierop betrekking. Nagegaan is in hoeverre de complexiteit en ernst van de problematiek bepalen, welke zorg gepast is.

Tot slot kunnen, volgens de gegevens in de literatuur, ook andere factoren de indicatie beïnvloeden. In hoofdstuk 4 wordt aangegeven welke factoren in het kader van dit onderzoek relevant kunnen zijn. Hoewel de onderzoeken in de literatuur geen eenduidige resultaten lieten zien, kunnen de achtergrondkenmerken van de indicatiesteller eveneens van invloed zijn op de indicatie. Ter controle hiervan is onderzoeksvraag 5 geformuleerd. Onderzocht is in hoeverre discipline, functie en werkervaring van de indicatiesteller en de sector waarin hij werkt de keuze van de zorg bepalen.

2.7 Statistische technieken

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van een aantal statistische technieken. De technieken die in het onderzoek gehanteerd zijn om de gegevens te analyseren zullen in deze paragraaf kort beschreven worden.

Zowel de onafhankelijke als de afhankelijke variabelen in het onderzoek zijn behandeld als nominale variabelen. Om de samenhang tussen alle probleemkenmerken en zorgactiviteiten afzonderlijk te berekenen is de associatiemaat voor (twee) nominale variabelen *phi* gebruikt.

De associatiemaat geeft geen uitsluitsel over de invloed van andere kenmerken op de gevonden samenhang. De keuze voor een bepaalde zorgactiviteit kan immers van meer dan één probleemkenmerk afhankelijk zijn. Om na te gaan in hoeverre elke probleemkenmerk heeft bijgedragen aan de keuze van elke zorgactiviteit, zijn *logistische regressie-analyses* uitgevoerd. Met behulp van deze techniek was het mogelijk de invloed van elk probleemkenmerk na te gaan en de invloed van alle andere kenmerken constant te houden. De resultaten gaven aan welke probleemkenmerken significant bijdroegen aan de gepastheid van de zorgactiviteit en hoe groot deze bijdrage was. In de logistische regressie-analyses zijn, behalve de onderzochte probleemkenmerken, ook steeds leeftijd en geslacht ter controle opgenomen, omdat deze eveneens invloed bleken te hebben op de gestelde indicaties.

Welke combinaties van zorgactiviteiten in de data te onderscheiden zijn, is in een tweestapsprocedure geanalyseerd met behulp van *Principal Component analysis by Alternating Least Squares* (Princals) en *Principale Componentenanalyse* (PCA). Voor verdere analyse van de zorgcombinaties is gebruik gemaakt van lineaire regressieanalyse. Via (multiple) *lineaire regressie-analyse* is nagegaan in hoeverre de probleemkenmerken, de ernst van de problematiek en de kenmerken van de respondent van belang zijn voor de gepastheid van de zorgcombinaties.

Voor het bepalen van de significantie van samenhangen of verbanden is steeds uitgegaan van een p -waarde $\leq .05$. In principe zijn alleen significante verbanden gerapporteerd, tenzij de niet-significante verbanden belangrijke aanvullende informatie opleverden. Als het laatste het geval is, wordt dit in de tekst expliciet aangegeven.

Bij een groot databestand zoals in dit vignettenonderzoek leiden kleine verschillen al tot significante samenhangen. In het onderzoek is echter voornamelijk gebruik gemaakt van dummyvariabelen (zie hoofdstuk 5). Deze geven een vrij grove indeling van de gegevens (twee categorieën). Om deze reden kan bij het gebruik van dummyvariabelen in een multiple regressie-analyse een relatief lage regressiecoëfficiënt al wijzen op een redelijke voorspelbaarheid van de afhankelijke variabele (Meerling, 1988). Om bij voorbaat niet teveel informatie te verliezen is een iets lichter criterium voor de presentatie van resultaten gehanteerd dan het gebruikelijke criterium (een absolute waarde van minimaal .30) (Stevens, 1992). In dit onderzoek zijn de resulta-

ten gepresenteerd, waarbij de statistische maat voor samenhang een absolute waarde had van ten minste .20, tenzij lichtere samenhangen informatie toevoegden.

2.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de opzet en de methode van het onderzoek naar de indicaties in de jeugdzorg beschreven.

In dit onderzoek is de vignettenmethode gebruikt. Deze methode wordt vaak gehanteerd, als het gaat om inzicht in normatieve kwesties, waarbij (ook) attitudes en gedrag een rol spelen. Vignetten zijn systematisch uitgewerkte beschrijvingen van concrete situaties. Voor de constructie van de vignetten is het cruciaal dat de relevante kenmerken van de problematiek van jeugdigen en hun gezin geselecteerd worden. Ter inventarisatie van de relevante probleemkenmerken voor de constructie van de vignetten is een literatuuronderzoek verricht. Dit literatuuronderzoek was tevens bedoeld om de zorgactiviteiten die het jeugdzorgaanbod bepalen te inventariseren en om na te gaan welke andere factoren dan de probleemkenmerken de indicatie kunnen beïnvloeden.

Uit het literatuuronderzoek zijn veertien probleemkenmerken geselecteerd, die de basis vormden voor de vignetten. Met behulp van het computerprogramma Orthoplan is het aantal vignetten van bijna 200.000, dat theoretisch mogelijk is met de veertien probleemkenmerken, teruggebracht tot 32. Deze vignetten zijn op basis van probleembeschrijvingen uit de hele jeugdzorg ingevuld met casussen. Vervolgens zijn vragenlijsten in acht verschillende versies voorgelegd aan indicatiestellers, die werkzaam waren bij instellingen voor jeugdzorg in heel Nederland. Bij elke casus is de respondenten gevraagd aan te geven welke zorg zij noodzakelijk achtten. De gepaste zorg konden de indicatiestellers samenstellen uit 44 verschillende zorgactiviteiten.

Doel van het onderzoek was inzicht te verwerven in welke zorg past bij welke problematiek. Als leidraad voor de analyse van de gegevens zijn mede op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek 5 onderzoeksvragen geformuleerd. Deze vragen zijn gericht op de samenhang tussen alle probleemkenmerken en zorgactiviteiten afzonderlijk en op de samenhang tussen probleemkenmerken en combinaties van zorgactiviteiten. Eén vraag heeft betrekking op de ernst van de problematiek, omdat deze ook van belang kan zijn voor de indicatie. Op basis van het literatuuronderzoek zijn ter controle ook de achtergrondgegevens van de indicatiesteller betrokken in de analyse. Functie, discipline, ervaring van de indicatiesteller en sector waarin hij werkt zouden ook invloed uit kunnen oefenen op de indicatie.

Tot slot is kort ingegaan op de wijze waarop de gegevens geanalyseerd zijn. Hoe dit precies gebeurd is, wordt nader uitgewerkt in de hoofdstukken 6 en 7, waarin de resultaten beschreven worden.

3 Kenmerken van de problematiek in de jeugdzorg

Dik werd met de dag ouder, dikker en ondeugender. Dat hij ouder werd kon niemand helpen, dat hij dikker werd was de schuld van zijn moeder, die hem reusachtige grote boterhammen liet opeten, en dat hij ondeugender werd was de schuld van zijn vader en moeder samen. De laatste hield dolveel van haar dikke jongen, zoveel dat zij hem in alles toegaf, hem nooit iets verbood en pakte een of ander verkeerd met hem uit, hem nog voorsprak en beklaagde op de koop toe. 't Was dus geen wonder dat hij met de dag ondeugender werd. Zijn vader hield ook van hem, maar de man sprak geen tien woorden op een dag en vond alles, wat Dik deed heel mooi. Waarschuwden de mensen hem er al eens voor dat het nooit goed met Dik zou aflopen, dan haalde hij zijn schouders op en zei:

'Och ja, wat zal ik eraan doen; 't is een bijzonder kind - dat is-ie.'

(Kievit, p. 18).

3.1 Inleiding

Hoewel het grootste deel van de Nederlandse jeugd (ongeveer 80%) opgroeit zonder al te grote problemen, gaat dit niet bij alle jeugdigen vlekkeloos. Voor ouders ligt het niet altijd voor de hand hoe ze de opvoeding van hun kinderen aan moeten pakken, zodat het opgroeien inderdaad min of meer probleemloos verloopt. Er bestaat een groot aantal variaties in de ontwikkeling van jeugdigen en een groot scala aan mogelijkheden om daarop in te spelen. Binnen bepaalde grenzen, die voor elk individu en binnen elk gezin anders kunnen liggen, zijn probleemsituaties zonder professionele hulp op te lossen. Zodra deze grenzen echter overschreden worden, veroorzaakt de problematiek een onevenredig grote last en ontstaat er een vraag naar professionele hulp.

Over de kenmerken van de problematiek die bepalen of de grens bereikt is, gaat dit hoofdstuk. Hiertoe is in de literatuur nagezocht welke van deze kenmerken relevant zijn voor de te stellen indicatie in de jeugdzorg. De selectie van de juiste probleemkenmerken is cruciaal om de samenhang tussen problematiek van de jeugdige en diens ouders enerzijds en de gepaste zorg anderzijds te kunnen bepalen. Op basis van deze probleemkenmerken zijn immers de vignetten, die zijn voorgelegd aan indicatiestellers in de jeugdzorg, samengesteld.

In paragraaf 2.3.1 is reeds beknopt weergegeven welke probleemkenmerken voor de constructie van de vignetten ten behoeve van het grensvlakonderzoek (Berben e.a., 1997a) geselecteerd zijn. Deze probleemkenmerken waren voor de indicatie van jeugdigen in het algemeen van belang. Voor dit onderzoek is dit belang in de literatuur nader onderzocht. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op resultaten van dit literatuuronderzoek.

Op basis van de literatuur ontstond niet meteen een duidelijk beeld van mogelijke probleemkenmerken die relevant zijn voor de indicatie. Onderzoeken naar indicaties in de jeugdzorg waren allen op een bepaald deel van de jeugdzorg gericht of op een bepaalde probleemgroep. Om deze reden zijn eerst een aantal verschillende

manieren om problemen van jeugdigen in te delen op een rij gezet. Bij elke indeling is vervolgens nagegaan welke probleemkenmerken mogelijk relevant zijn voor de indicatie. Op deze manier kon ingeschat worden hoe volledig de uiteindelijke selectie van probleemkenmerken voor het onderzoek was.

In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de wisselwerking tussen biologische en omgevingskenmerken. Tegenwoordig is het algemeen aanvaard dat zowel de aanleg van de jeugdige als kenmerken in de omgeving de problematiek van de jeugdige bepalen en dus beide van belang kunnen zijn voor de indicatie.

Zowel aanleg als omgevingsfactoren kunnen zich niet alleen als risicofactoren, maar ook als protectieve factoren manifesteren. De aanwezigheid van risicofactoren zorgt ervoor dat problemen kunnen ontstaan. Protectieve factoren zorgen ervoor dat problemen voorkomen worden of te dragen zijn. Beide soorten factoren geven inzicht in de ernst van de problematiek en in de mogelijkheden voor zorg. Risicofactoren en protectieve factoren zijn dus beide van belang voor de te stellen indicatie. In paragraaf 3.3 wordt nader ingegaan op deze concepten.

Demografische kenmerken kunnen wel mede de problematiek kleuren, maar hebben een indirecte invloed op de te stellen indicatie. Deze stelling wordt in paragraaf 3.4 verduidelijkt.

Daarna komen de kenmerken van de jeugdige die van belang zijn aan de orde. In paragraaf 3.5 worden de vier functiegebieden genoemd die de ontwikkeling van de jeugdige bepalen. Het gaat om de biologisch-lichamelijke, de cognitieve, de emotionele en de sociale ontwikkeling.

Paragraaf 3.6 gaat over de kenmerken vanuit de omgeving, die invloed uit kunnen oefenen op de indicatie. Gezin, school, vrije tijd en maatschappij vormen samen de directe en bredere omgeving die van belang zijn voor de ontwikkeling van de jeugdige.

Vervolgens wordt ingegaan op de ernst van de problematiek. Deze is mogelijk nog belangrijker voor de indicatie dan de afzonderlijke kenmerken van de problematiek. In paragraaf 3.7 worden verschillende definities van de ernst van de problematiek besproken.

In paragraaf 3.8 volgen de kenmerken van de problematiek, waarop het onderzoek gebaseerd is.

Tot slot staan de resultaten van het literatuuronderzoek naar relevante probleemkenmerken samengevat in paragraaf 3.9.

3.2 Wisselwerking tussen biologische kenmerken en omgevingskenmerken

Empirisch onderzoek dat informatie oplevert over de indicatiestelling bij jeugdigen valt globaal uiteen in twee soorten: algemeen onderzoek van de hele bevolking en onderzoek onder specifieke groepen die een bepaald probleem hebben of die een verhoogd risico lopen op problemen (Bird, 1996; Cantwell, 1996; Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997; Grizenko & Fisher, 1992; Hoagwood e.a., 1996; Jensen, Hoagwood & Petli, 1996; Verhulst & Koot, 1992).

De eerste soort onderzoeken is met name gericht op de *prevalentie* van problemen in de bevolking. Dergelijke onderzoeken geven inzicht in welke problemen jeugdigen ondervinden en hoe vaak deze voorkomen. Een voorbeeld hiervan in Nederland is het longitudinale onderzoeksproject van Verhulst (onder andere Verhulst, Dekker & Van der Ende, 1997; Verhulst & Van der Ende, 1997; Verhulst, Van der Ende & Rietbergen, 1997; Verhulst e.a., 1997), dat behalve prevalentiecijfers ook trendgegevens oplevert over problemen van jeugdigen in Nederland.

Bij de tweede soort onderzoeken gaat het om de *samenhang* van de problematiek met factoren die van belang kunnen zijn voor de indicatie. Het stellen van een indicatie bestaat zowel uit het verwerven van inzicht in de problematiek als uit het kiezen van de gepaste zorg. Analooq hieraan kan onderscheid gemaakt worden tussen onderzoeken naar de *oorzaken* van problemen en onderzoeken naar factoren die de *gepaste zorg* bepalen. De relevante factoren die uit deze onderzoeken naar voren komen wisselen, afhankelijk van de doelgroep.

Onderzoek naar *gepaste zorg* kan betrekking hebben op de effectiviteit van een specifieke behandeling bij een specifieke probleemgroep, zoals psychofarmacotherapie bij jeugdigen met ADHD, of op de criteria voor een bepaalde vorm van zorg, zoals de factoren die een uithuisplaatsing bepalen. In Nederland is veel onderzoek verricht naar de indicatie tot plaatsing in een tehuis (onder andere Van den Bergh, 1991; Dijkman & Terpstra, 1992; Knorth, 1991; Van der Ploeg, 1997) of in een pleeggezin (Reeuwijk & Berben, 1988; Scholte, 1997; Spaans, Berben & Reeuwijk, 1989; Strijker, 1995; Strijker & Zandberg, 1995; 1997). Er is echter ook onderzoek verricht naar de indicatiestelling in de ambulante hulpverlening (Konijn & Schuur, 1992; Scholte e.a., 1992) naar kenmerken van jeugdigen die onder de jeugdbescherming vallen (Boendermaker, 1995; 1998a; 1998b; Doreleijers, 1995) en naar kenmerken van specifieke probleemgroepen (Van der Ploeg, 1997; Veerman, 1992).

De onderzoeken naar de *oorzaken* van problemen lopen eveneens erg uiteen. De diversiteit in factoren en doelgroepen maakt een gedetailleerd inzicht in het geheel lastig. Toch is er een algemene lijn te onderkennen. Of vooral biologische, genetisch bepaalde kenmerken de, al dan niet problematische, ontwikkeling van jeugdigen vastleggen of juist kenmerken van de omgeving debet zijn aan de ontwikkeling en mogelijke problemen, is door de jaren heen een punt van discussie gebleven onder wetenschappers. Tegenwoordig is deze discussie niet meer zo zwart-wit; het draait niet meer zozeer om de vraag of biologische factoren of omgevingsfactoren de ontwikkeling bepalen, maar om welke bijdrage elk van beide levert aan het eindresultaat (Aylward, 1992; Bende & Plomin, 1995; Vuyk, 1987). Met name uit onderzoeken onder tweelingen die afzonderlijk opgroeiden, kwam naar voren, dat zowel de erfelijke aanleg als de omstandigheden, waartoe ook de opvoeding van de ouders behoort, hun invloed op de ontwikkeling doen gelden (Cicchetti & Cohen, 1995; Vreeke, 1997). Beide aspecten werken op elkaar in. Er is sprake van een interactie. De biologische risico's bepalen de grenzen van de mogelijkheden. De

kenmerken van de omgeving, in interactie met biologische kenmerken, bepalen in hoeverre de mogelijkheden benut en gestimuleerd of juist tegengewerkt worden (Aylward, 1992).

De indicatiesteller moet dus rekening houden met biologische kenmerken en omgevingskenmerken. Beide soorten kenmerken kunnen zich manifesteren in risicofactoren, die problemen kunnen bevorderen, en in protectieve factoren, die een bescherming kunnen bieden tegen ongunstige omstandigheden. In de volgende paragraaf worden deze factoren besproken.

3.3 Risicofactoren en protectieve factoren

Risicofactoren en protectieve factoren spelen een rol van betekenis bij het stellen van een indicatie. Het onderscheid tussen beide soorten factoren biedt een andere mogelijkheid om probleemkenmerken in te delen.

Risicofactoren, zoals een laag geboortegewicht, neurologische defecten, depressiviteit van een van de ouders, overmatig alcohol- en/of druggebruik van de ouders, ruzie tussen de ouders, slechte communicatie binnen het gezin of delinquente vrienden, vergroten de waarschijnlijkheid dat een jeugdige onder stress problemen krijgt.

Protectieve factoren zorgen voor een aangepaste, adequate reactie op negatieve omstandigheden, zodat problemen voorkomen worden of te dragen zijn (Doreleijers, 1995; Grizenko & Fisher, 1992; Luthar & Zigler, 1991; Masten e.a., 1990; Moser, 1992; Pearce, 1993; Resnick & Burt, 1996; Rutter, 1990; Vuyk, 1987). Evenals risicofactoren manifesteren protectieve factoren zich bij de jeugdige zelf, in het gezin en in de bredere sociale context (Luthar & Zigler, 1991). Voorbeelden hiervan zijn: een stabiele persoonlijkheid, een positief zelfbeeld, sociale vaardigheden, affectieve relaties, warme, begrijpende ouders, ouders die enig toezicht houden en duidelijke structuur aanbrengen, ondersteunende relaties met volwassenen (anderen dan de ouders), een goede relatie met vrienden en goede schoolprestaties. Protectieve factoren weerspiegelen een positieve houding tegenover de mogelijkheden van jeugdigen. Een benadering vanuit de mogelijkheden van de jeugdige kan goede aanknopingspunten bieden voor behandeling (Couturier, 1987; Masten e.a., 1990) en is volgens onder andere Masten en collega's (1990) te prefereren boven een benadering vanuit de beschadigingen.

De kwetsbaarheid van de jeugdige wordt gezien als een belangrijke risicofactor en de weerbaarheid van de jeugdige als een belangrijke protectieve factor (Aylward, 1992; Dijkman & Terpstra, 1992; Fergusson & Lynskey, 1996; Garnezy, 1985; Grizenko & Fisher, 1992; Hoagwood e.a., 1996; Junger-Tas, 1997; Masten e.a., 1990; Resnick & Burt, 1996; Rutter, 1990; Verheij, 1993; Verhulst & Koot, 1992). Weerbare jeugdigen kunnen meer weerstand bieden tegen negatieve omstandigheden en zijn minder bevattelijk voor de ontwikkeling van problemen, terwijl kwetsbare jeugdigen bevattelijker zijn voor de ontwikkeling van problemen dan gemiddeld

(Fergusson & Lynskey, 1996; Grizenko & Fisher, 1992; Luthar & Zigler, 1991; Masten e.a., 1990; Rutter, 1990; Vuyk, 1987; Werner & Smith, 1977).

Weerbaarheid leidt tot competentie en competentie verwijst naar de balans tussen eisen en verwachtingen enerzijds en persoonlijke mogelijkheden anderzijds (Bartels & Heiner, 1994; Luthar & Zigler, 1991). In deze zin hangt het begrip samen met 'coping skills' (Masten & Garmezy, 1985; Luthar & Zigler, 1991) ofwel verwerkingsstrategieën (Vuyk, 1987), de vaardigheden om met situaties om te gaan. De gehanteerde strategieën kunnen variëren per situatie en de ene strategie hoeft niet te leiden tot meer of minder competentie dan de andere (Masten e.a., 1990; Vuyk, 1987). Ook een blind kind kan, ondanks bepaalde grenzen, competent zijn (Vuyk, 1987).

Een belangrijk element in competentie is het subjectieve element, of iemand zich competent voelt. Dit subjectieve element geeft de jeugdige een gevoel van controle op de situatie, waardoor problemen te dragen zijn. Volgens Bronfenbrenner (1979) heeft iemand het hoogste ontwikkelingsniveau bereikt als hij de (elke) omgeving naar de eigen behoeften, mogelijkheden en wensen kan vormen. Dit gevoel van controle, deze competentie (Garmezy, 1985; Masten e.a., 1990), ook wel 'self-efficacy' (Rutter, 1990) of 'internal locus of control' (Grizenko & Fisher, 1992; Luthar & Zigler, 1991) genoemd, beïnvloedt hoe iemand problemen ervaart. Dit is weer zichtbaar in het gedrag. Een jeugdige die weet dat hij de situatie zelf in de hand heeft of kan beïnvloeden, is weerbaar en zal problemen over het algemeen beter kunnen (ver)dragen. Ontbreekt dit gevoel van controle, dan zal een jeugdige ongunstige omstandigheden eerder als probleem ervaren en een grotere behoefte hebben aan (professionele) hulp.

De relatie tussen kwetsbaarheid en weerbaarheid enerzijds en het voorkomen van problemen anderzijds is nog niet helemaal duidelijk (Grizenko & Fisher, 1992; Luthar & Zigler, 1991; Van Ooyen-Houben & Berben, 1988). Uit een longitudinaal onderzoek onder jeugdigen op het eiland Kauai bleek onder andere dat weerbare jeugdigen beter in staat zijn personen in hun omgeving te vinden aan wie ze steun hebben (Werner & Smith, 1977). Een ander, opmerkelijk gegeven uit onderzoek is dat weerbare jeugdigen hun competentie niet alleen ontleen aan hun manier van omgaan met stress of negatieve situaties, maar dat ze ook minder blootstaan aan risicofactoren, omdat zich minder stressvolle situaties voordoen (Masten e.a., 1990). Mogelijk lopen weerbare jeugdigen minder risico dan kwetsbare, maar als ze dan professionele hulp vragen, is de problematiek wellicht veel meer geëscaleerd dan als kwetsbare jeugdigen professionele hulp vragen. Kwetsbare jeugdigen zullen wellicht meer steun van anderen nodig hebben om de problemen uiteindelijk het hoofd te bieden. In deze zin kunnen weerbaarheid en kwetsbaarheid de complexiteit van de problematiek en de inhoud van de gepaste zorg bepalen.

3.4 Demografische factoren

Onderzoeksresultaten wijzen demografische factoren, herhaaldelijk als belangrijke kenmerken van de problematiek aan, die invloed kunnen hebben op de indicatie (onder andere Van den Bergh, 1991; Dijkman & Terpstra, 1992; Konijn & Schuur, 1992; Resnick & Burt, 1996; Rutter, 1990; Scholte e.a., 1992; Verhulst & Van der Ende, 1997). Hierbij gaat het om leeftijd, geslacht en etniciteit van de jeugdige en om de sociaal-economische status van de ouders. Elk van deze demografische kenmerken zal afzonderlijk besproken worden.

3.4.1 Leeftijd van de jeugdige

Dat er verschil in problematiek is voor verschillende leeftijdsgroepen staat redelijk vast (Cantwell, 1996; Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1994; Rutter, 1975; Verhulst & Koot, 1992). Ten eerste kunnen dezelfde problemen op verschillende leeftijden op een andere manier tot uiting komen. Ten tweede bestaat er leeftijds- of fasespecifieke problematiek. Bij zuigelingen hebben problemen vaak betrekking op eten en slapen, terwijl pubers bijvoorbeeld vaak kampen met identiteitsproblemen. Bovendien bepaalt de leeftijd deels ook de tolerantie van anderen voor bepaald gedrag. Als een kleuter van vier jaar in bed plast, zal dat nauwelijks opzien baren. Als een puber van vijftien dit doet, zal dit gezien worden als een probleem.

Leeftijd is echter op zichzelf geen risicofactor, maar dient eerder als referentiepunt. Als jeugdigen gedrag vertonen dat niet bij hun leeftijd past, kan het afwijkend zijn. Afhankelijk van andere kenmerken van dit afwijkende gedrag kan dit problemen leveren (Pearce, 1993; Verhulst & Koot, 1992). Voorbeelden van dergelijke kenmerken zijn de plaats, waar of de frequentie (te veel of te weinig) waarin de jeugdige het gedrag vertoont en of het gedrag bij een jongere of oudere leeftijd hoort.

Niet alleen de aard van de problematiek, maar ook de keuze van de zorg lijkt samen te hangen met de leeftijd van de jeugdige. Uit onderzoek naar plaatsingsbesluiten (Dijkman & Terpstra, 1992) bleek de leeftijd mee te spelen bij de beslissing om een jeugdige in een tehuis danwel een pleeggezin te plaatsen. Uithuisplaatsing van jonge kinderen wordt zo lang mogelijk voorkomen. Als dan toch een uithuisplaatsing overwogen wordt, wordt daarbij volgens Van Ooyen-Houben (1991) de voorkeur gegeven aan een pleeggezin.

Onderzoeken naar het verband tussen leeftijd en behandelingsresultaat gaven tegenstrijdige resultaten. Zo ontdekte Moser (1992) in haar literatuurverkenning dat behandeling bij jonge kinderen in het algemeen een beter resultaat had dan bij oudere jeugdigen, maar dat de resultaten van sommige onderzoeken juist het tegendeel bewezen. Ook Veerman (1992) vond tegenstrijdige gegevens. Diverse auteurs (Cantwell, 1996; Veerman, 1992; Verhulst & Koot, 1992) verklaarden deze tegenstrijdigheid als volgt. Als op jonge leeftijd al een probleem geconstateerd wordt, kan dat aan de ene kant betekenen dat de problematiek ernstig is en behandeling een ongunstige prognose heeft. Aan de andere kant kan er tijdig ingegrepen worden en

kan het probleem in de kiem gesmoord worden. Het constateren van problemen op oudere leeftijd kan betekenen dat de problematiek reeds geëscaleerd en daardoor ernstig is. De problemen kunnen echter ook pas later ontstaan zijn, waardoor ze in verhouding minder ingrijpend zijn. Om deze reden geeft *leeftijd alleen* geen informatie over mogelijke problemen en over de gepaste zorg. Aan de jeugdigen in de casussen van het onderzoek is wel een leeftijd toegekend. Leeftijd is echter niet als afzonderlijk probleemkenmerk in het onderzoek opgenomen voor de constructie van de vignetten.

3.4.2 Geslacht van de jeugdige

Diverse onderzoeken met betrekking tot het geslacht van de jeugdige hebben aangetoond dat er over het algemeen geen verschil is tussen jongens en meisjes in de prevalentie van problemen, maar wel in de aard van de problematiek. Jongens zouden vaker last hebben van externaliserende problemen en meisjes van internaliserende (onder andere Van den Bergh, 1991; Bird, 1996; Cantwell, 1996; Dijkman & Terpstra, 1992; Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1994; Verhulst, Dekker & Van der Ende, 1997; Verhulst & Van der Ende, 1997; Verhulst e.a., 1997; Verhulst & Koot, 1992).

Externaliserende problemen, zoals agressiviteit, verwijzen naar probleemgedrag dat naar buiten gericht is. Deze problemen veroorzaken meer last voor de omgeving, dat wil zeggen voor de ouders, leeftijdgenoten en leerkrachten, dan internaliserende, naar binnen gerichte problemen, zoals teruggetrokkenheid en depressiviteit.

Volgens Verhulst en Van der Ende (1997) hebben jeugdigen met internaliserende problematiek behoefte aan hulp, terwijl jeugdigen met externaliserende problemen eerder bij de hulpverlening aangemeld worden (Verhulst & Van der Ende, 1997; Verhulst & Koot, 1992) en ook eerder opgenomen worden. De prevalentie van jongens in klinieken zou daarom hoger liggen dan van meisjes, terwijl meisjes meer gebruik maken van ambulante zorg (Konijn & Schuur, 1992; Verhulst & Koot, 1992). Aan de andere kant is het volgens Verhulst en Koot (1992) ook mogelijk, dat mensen over het algemeen toleranter staan tegenover externaliserende problemen bij meisjes, zodat deze problematiek bij meisjes dus minder vaak tot verwijzing leidt dan bij jongens.

Hoewel veel onderzoeken een verschil in de aard van de problematiek tussen de seksen vonden, is geslacht op zichzelf, evenmin als leeftijd, van direct belang voor de indicatie. Volgens Grizenko en Fisher (1992) veroorzaken onderliggende factoren de invloed van geslacht. Of een jeugdige bijvoorbeeld opgenomen wordt, kan afhankelijk zijn van externaliserend gedrag van de jeugdige en is in principe niet afhankelijk van het feit dat het om een jongen gaat. Voor de te stellen indicatie is de aard van de problemen dan ook belangrijker dan het geslacht van de jeugdige. Geslacht heeft, evenals leeftijd, een indirecte invloed op de indicatie en is op dezelfde manier behandeld. Dat wil zeggen dat de jeugdigen in de casussen wel beschre-

ven zijn als jongen of als meisje, maar dat geslacht niet als probleemkenmerk is opgenomen in het onderzoek.

3.4.3 Etniciteit van de jeugdige

Als een jeugdige en/of zijn ouders niet in Nederland geboren is wordt hij allochtoon genoemd. In de zestiger jaren kwamen de eerste allochtonen als gastarbeider in Nederland werken. Sindsdien verblijven er verschillende generaties allochtone jeugdigen in Nederland. Elke generatie kan met andere problemen te maken krijgen. Zo is voor de eerste generatie de taal wellicht het belangrijkste probleem. Allochtone jeugdigen uit de tweede generatie kunnen te maken krijgen met een botsing van normen en waarden. Door hun omgang met Nederlandse jeugdigen zijn de normen en waarden van allochtone jeugdigen 'vernederlandst', terwijl hun ouders nog vasthouden aan de normen en waarden uit hun land van herkomst (Bellaart, 1997; Eppink, 1981). Daarnaast wordt de etniciteit van de jeugdige ook vaak in verband gebracht met andere problemen. Relatief veel allochtonen komen uit een lage sociaal-economische klasse (o.a. Bertrand, Hermanns & Leseman, 1998). Allochtone jeugdigen zouden relatief vaak gedrags- en/of schoolproblemen hebben (Bellaart, 1997). De huidige allochtone jeugdigen hebben volgens Martens en Veenman (1996) echter minder problemen op school dan de vorige generatie allochtonen.

Door de diversiteit van de groep allochtonen is het lastig een direct verband te leggen tussen etniciteit en de indicatie voor jeugdzorg. Volgens Verhulst en Van der Ende (1997) is etniciteit alleen een aanwijzing voor het gebruik van ambulante en van klinische of residentiële zorg, niet voor de keuze van de zorg of interventie. Allochtone jeugdigen zouden relatief veel gebruik maken van de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming (Bellaart, 1997; Boendermaker, 1995; 1998a; Doreleijers, 1995; Knorth, 1995; Knorth & Dubbeldam, 1995) en relatief weinig van de jeugd-GGZ (Konijn & Schuur, 1992; Scholte e.a., 1992). Er is echter niet onderzocht of deze jeugdigen de zorg krijgen die ze nodig hebben. Welke zorg gewenst of noodzakelijk is, dat wil zeggen welke indicatie gesteld wordt, hangt primair af van het feit of en zo ja, welke problemen zich voordoen en niet van de etniciteit (allochtoon of autochtoon). Doordat etniciteit samen kan gaan met bepaalde problemen, kan het *indirect* een rol spelen bij de indicatie.

3.4.4 Sociaal-economische status van het gezin

De invloed van de sociaal-economische status van het gezin op de indicatiestelling is een omstreden punt. Sociaal-economische status lijkt een eenduidig begrip, maar is een complex samenstelsel van een aantal factoren, zoals arbeidssituatie, inkomen en opleiding van beide ouders (Aylward, 1992; Grizenko & Fisher, 1992; Luthar & Zigler, 1991). Gezinnen met een lage sociaal-economische status lijken in verhouding tot andere gezinnen vaak gebruik te maken van voorzieningen voor jeugdhulpverlening en voor de jeugdbescherming (Doreleijers, 1995; Van Esch & Heldweiller,

1991; Scholte e.a., 1992) en minder vaak van voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg (Konijn & Schuur, 1992; Scholte e.a., 1992). Of de sociaal-economische status invloed uitoefent op de zorgsector, waarin een jeugdige terecht komt, is voor dit onderzoek niet relevant. Het is immers gericht op de diverse activiteiten van zorg die passen bij de problematiek van jeugdigen, los van de sector waarin de zorg verleend dient te worden.

Behalve met de zorgsector leggen onderzoekers ook een verband met gedrags- en schoolproblemen van de jeugdige. Evenals bij allochtone jeugdigen zouden bij jeugdigen uit gezinnen met een lage sociaal-economische status vaker gedrags- en schoolproblemen vóórkomen dan bij jeugdigen uit gezinnen met een hoge sociaal-economische status. Ook relatieproblemen tussen ouders en hun kind zouden samenhangen met een lage sociaal-economische status (onder andere NRV, 1992). Evenals bij leeftijd, geslacht en etniciteit van de jeugdige lijkt het hierbij te gaan om een indirecte invloed op de te stellen indicatie. Sociaal-economische status kan wel mede een rol spelen bij de ontwikkeling van problemen. De keuze voor de te verlenen zorg hangt echter af van het feit of zich problemen voordoen en zo ja, welke, en niet van de sociaal-economische status van het gezin (Hermanns, 1987; Verhulst & Van der Ende, 1997). Economisch gedepriveerde jeugdigen kunnen zich volgens diverse onderzoekers heel goed aan de situatie aanpassen zonder dat dit negatieve consequenties heeft (Luthar & Zigler, 1991; Werner & Smith, 1977). Het gaat meer om hoe ouders omgaan met hun kind dan om de genoten opleiding of de hoogte van het gezinsinkomen (Luthar & Zigler, 1991).

Demografische factoren (leeftijd, geslacht en etniciteit van de jeugdige en sociaal-economische status van het gezin) kunnen samenhangen met de aard van de problematiek. Op de indicatie, die gesteld wordt, hebben zij een indirecte invloed. Het is de problematiek die bepaalt (en ook hoort te bepalen) welke zorg gepast is en niet bijvoorbeeld of het om een jongen of meisje gaat of welke opleiding de moeder heeft genoten. Volgens de Task Force doelmatigheid, effectiviteit en financiering jeugdhulpverlening (Plaats maken, 1994) heeft immers 'elke minderjarige recht op een gezonde en evenwichtige ontwikkeling'. Daarbij hoort ook de zorg die nodig is om dit te waarborgen.

3.5 Ontwikkelingsdomainen

In paragraaf 3.4.2 is aangegeven dat volgens diverse auteurs jongens over het algemeen meer externaliserende problemen, zoals agressie, vertonen en meisjes meer internaliserende, zoals depressiviteit. (o.a. Van den Bergh, 1991; Dijkman & Terpstra, 1992; Doreleijers, 1995; Kievit & Tak, 1992; Van der Ploeg, 1990; Verhulst & Koot, 1992).

Het onderscheid tussen naar buiten gerichte, externaliserende en naar binnen gerichte, internaliserende problematiek is vrij duidelijk aan te geven. Elke soort omvat echter veel verschillende problemen, waardoor dit onderscheid niet voldoende

differentieert om te bepalen welke zorg gepast is bij welke problematiek. Een nadere differentiatie naar problematiek is te vinden in een definitie van Garnezy (1987). Hij heeft het in dit kader over: 'the complex biological-psychological-psycho-social intermix that produces personality'. Hij verwees daarmee naar de verschillende (hoofd)domeinen, die de hele ontwikkeling van jeugdigen bestrijken. Een model om alle gebieden in functioneren van jeugdigen in kaart te brengen, dat hierop aansluit is het biopsychosociale model. Volgens dit model bestaan er vier *functiegebieden* die de ontwikkeling van jeugdigen bepalen, namelijk de *biologisch-lichamelijke*, de *cognitieve*, de *emotionele* en de *sociale* ontwikkeling. Hierna volgen enkele voorbeelden van problemen op de vier ontwikkelingsdomeinen:

- biologisch-lichamelijke problemen kunnen klachten zijn, zoals hoofdpijn, buikpijn, trillen, tics, maar betreffen ook lichamelijke handicaps en neurologische afwijkingen;
- cognitieve problemen zijn problemen in het denken, zoals leerproblemen maar ook denkstoornissen zoals onder andere dwanggedachten, wanen, hallucinaties en bizar gedrag;
- emotionele problemen betreft problemen in het gevoelsleven, zoals depressiviteit, stemmingswisselingen, angsten en teruggetrokkenheid;
- sociale problemen hebben betrekking op problemen in de omgang met en houding ten opzichte van de sociale omgeving, zoals anti-sociaal gedrag, gebrekkige sociale vaardigheden en delinquentie.

Veel auteurs (onder andere Van den Bergh, 1991; Dijkman & Terpstra, 1992; Van der Ploeg, 1990; Van der Ploeg & Scholte, 1995) onderscheidden naast de vier genoemde gebieden *gedragsproblemen* als afzonderlijke categorie. Wat zij onder gedragsproblemen verstonden (bijvoorbeeld agressiviteit, acting-out gedrag, overmatig alcohol- en druggebruik, zwerven, relatieproblemen met leeftijdgenoten of volwassenen), valt echter binnen het biopsychosociaal model onder sociale problemen. Het gaat dus niet om een aanvullende categorie.

Alle ontwikkelingsaspecten, die niet als hoofddomein genoemd worden, zoals de spel-, taal- of gewetensontwikkeling, zijn 'samenstelsels van twee of meer van de genoemde hoofdaspecten' (Verheij, 1998, p. 31). De vier domeinen in het biopsychosociaal model voldoen dus om de probleemkenmerken in de ontwikkeling van jeugdigen te omschrijven. Naar verwachting zal bij elk probleemkenmerk andere zorg gepast zijn.

3.6 Levensterreinen

Vanuit een ecologische visie werkte Bronfenbrenner (1979) het idee uit dat de mens actief deel uitmaakt van verschillende systemen, die in onderlinge relatie staan. In deze visie betekent ontwikkeling dat de jeugdige zich steeds meer bewust wordt van zijn omgeving en van de relaties tussen de verschillende omgevingssystemen. Volgens Bronfenbrenner (1977; 1979) bestaat de omgeving uit vier, geneste systemen, te weten het micro-, meso-, exo- en macrosysteem. Deze zijn te visualiseren

in concentrische cirkels. Dit betekent dat elk systeem alle voorgaande systemen omvat.

Op de inhoud en de onderlinge verhoudingen tussen de systemen, zoals Bronfenbrenner ze beschreef, valt wel het een en ander af te dingen. In de huidige Nederlandse maatschappij zijn de systemen niet (meer) zo gemakkelijk als concentrische cirkels over elkaar heen te leggen. Door de toename van het aantal echtscheidingen kunnen er bijvoorbeeld verschillende mesosystemen naast elkaar bestaan van elk van de ouders met een nieuwe partner en eventuele stiefbroertjes en -zusjes. Ook als bijvoorbeeld beide ouders een andere werkkring hebben, gaat het volgens Vuyk (1987) om twee geheel gescheiden exosystemen en niet om één, het mesosysteem omvattend systeem.

Het belang van Bronfenbrenners ideeën is echter de onderkenning dat er verschillende soorten omgevingen bestaan die alle op een andere manier invloed uitoefenen op de ontwikkeling van jeugdigen. Zij vormen de basis voor de inmiddels algemeen geaccepteerde gedachte dat, behalve kenmerken van de jeugdige, ook factoren in het gezin, de school en de vrije tijd en kenmerken van de hulpverlening hun steentje bijdragen aan de problematiek (Aylward, 1992; Dijkman & Terpstra, 1992; Fergusson & Lynskey, 1996; Grizenko & Fisher, 1992; Hoagwood e.a., 1996; Junger-Tas, 1997; Resnick & Burt, 1996; Rothbaum & Weisz, 1994; Verhelj, 1993; Verhulst & Koot, 1992). Omdat deze zogenoemde levensterreinen elk een (andere) rol kunnen spelen als zich problemen voordoen, kunnen ze van belang zijn voor de te stellen indicaties in de jeugdzorg. In de paragrafen 3.6.1 tot 3.6.4 zullen deze levensterreinen achtereenvolgens omschreven worden.

3.6.1 Gezin

In onderzoek naar invloedrijke kenmerken van de omgeving op de ontwikkeling van de jeugdige speelt het (dis)functioneren van het gezin de hoofdrol (Grizenko & Fisher, 1992). Een gezin waarin de onderlinge verstandhouding goed is, de ouders competent, warm en begripend zijn en waarden en normen delen, is bevorderlijk voor de ontwikkeling (Garnefski & Diekstra, 1996; Luthar & Zigler, 1991; Rothbaum & Weisz, 1994). Er is namelijk sprake van een dynamisch samenspel tussen de jeugdige die bezig blijft met veranderen (groeien/ontwikkelen) en de omgeving die de ontwikkeling in negatieve zin kan verstoren en in positieve zin kan stimuleren (Aylward, 1992). Thomas en Chess (1977) noemden dit interactieve samenspel een transactioneel proces oftewel een 'continuum of caretaking casualty'. In de transactie tussen ouders en hun kind ontwikkelt niet alleen de jeugdige zich, maar ontwikkelen ook de ouders zich (Bronfenbrenner, 1979; Sameroff & Chandler, 1975; Thomas & Chess, 1977; Vuyk, 1987). Bij een 'goodness of fit' (Thomas & Chess, 1977) zijn ouders en jeugdige goed op elkaar afgestemd. Een 'poorness of fit' geeft een slechte onderlinge afstemming aan en kan negatieve consequenties hebben voor de ontwikkeling. Dit laatste kan uiteindelijk leiden tot een 'self-perpetuating cycle of dysfunctional behaviors' (Barker, 1988, p. 9). Kinderen die bijvoorbeeld veel huilen, snel geïrri-

teerd zijn, actief, overbeweeglijk en/of moeilijk te troosten, zullen (op den duur) negatieve, gespannen, agressieve reacties oproepen van de ouders (Sameroff & Chandler, 1975). Na verloop van tijd is niet altijd meer te achterhalen, hoe het proces in gang is gezet. Dit maakt de interpretatie van een situatie lastig. Luthar en Zigler (1991) vragen zich in dit kader bijvoorbeeld af of mishandeling van jeugdigen leidt tot aanpassingsproblemen en vervolgens tot kwetsbaarheid en/of verminderde competentie. Of zijn deze jeugdigen al bij voorbaat kwetsbaar, omdat ze een lastig temperament hebben, zich slecht kunnen aanpassen en met hun moeilijke gedrag de mishandeling als het ware uitlokken? Volgens Resnick en Burt (1996) is mishandeling tegelijkertijd oorzaak en gevolg. In dergelijke situaties gaat het om een kettingreactie die doorbroken moet worden (Grizenko & Fisher, 1992; Rutter, 1990; Veerman, 1992). In dit licht kan een uithuisplaatsing van een jeugdige niet alleen in het belang van de jeugdige, maar ook in dat van de ouders zijn: de ouders kunnen toe zijn aan een 'adempauze', het gezin moet tot rust komen (Barker, 1988; Dijkman & Terpstra, 1992). Op deze manier is de relatie tussen ouders en jeugdige van belang voor de keuze van de zorg.

In voorgaande beschrijving bestaan de gezinsproblemen uit moeilijkheden in de interactie tussen opvoeders en jeugdige (Barker, 1988; Hellinckx & De Munter, 1990). Deze kunnen onder andere leiden tot hevige gezinsconflicten of tot het weglopen van de jeugdige. Hoe ouder de jeugdige, hoe vaker *relatieproblemen met de ouders* een doorslaggevende reden zijn voor uithuisplaatsing (Reeuwijk & Berben, 1988).

Een andere factor die het gezinsfunctioneren eveneens sterk beïnvloedt en waarmee de indicatiesteller rekening dient te houden, betreft de *opvoedingscapaciteiten van de ouders*. Deze capaciteiten bepalen hoe ouders reageren op hun kinderen en hoe snel ze bijvoorbeeld geïrriteerd raken of juist hoe lang ze hun kalmte bewaren in situaties van stress. Pedagogisch onvermogen kan resulteren in lichamelijke en/of affectieve verwaarlozing en zelfs in (seksueel) misbruik van de jeugdige. De inschatting of de opvoedingssituatie gecontinueerd kan worden, zal sterk de beslissing over een uithuisplaatsing beïnvloeden. De opvoedingscapaciteiten zijn dus met name een belangrijke factor bij de beslissing over een uithuisplaatsing van een jeugdige (Meddin, 1984; Millham e.a., 1986; Van den Bergh, 1991; Dijkman & Terpstra, 1992).

Omdat jeugdigen reageren op stress in het gezin (Cummings, 1994), beïnvloeden *individuele problemen van de ouders of relatieproblemen tussen de ouders* het functioneren van het hele gezin. In de literatuur worden diverse van dit soort risicofactoren genoemd, zoals gezondheidsproblemen, crimineel of gewelddadig gedrag, alcohol- of ander middelengebruik door de ouders, psychiatrische problematiek, echtscheiding en overlijden (Bosma & Hosman, 1990; Carmichael Olson e.a., 1997; Cummings, 1994; Garralda, 1996; Grizenko & Fisher, 1992; Luthar & Zigler, 1991; Resnick & Burt, 1996; Rutter, 1989; Steinhausen, 1995; Weinberg, 1997). Als de

(individuele) problemen van ouders het belangrijkste probleem vormen, heeft de jeugdige niet altijd primair zelf behandeling nodig.

In deze paragraaf zijn vier kenmerken genoemd die het gezin betreffen en die mogelijk van invloed zijn op de indicatie, te weten de relatie tussen ouders en jeugdige, de opvoedingscapaciteiten van de ouders, individuele problemen en relatieproblemen van de ouders.

3.6.2 School

Een jeugdige brengt een aanzienlijk deel van zijn tijd door op school. Het is daarom niet zo verwonderlijk dat gebeurtenissen op school een grote invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van jeugdigen. Slechte, afnemende of sterk wisselende schoolprestaties, relatieproblemen met klasgenoten, gedragsproblemen, autoriteitsproblemen (in relatie tot de leerkracht), spijbelen, pesten of gepest worden zijn voorbeelden van schoolproblemen, die volgens diverse auteurs de ontwikkeling nadelig beïnvloeden (Fergusson & Lynskey, 1996; Garnefski & Diekstra, 1996; Resnick & Burt, 1996). Positieve ervaringen op school, bijvoorbeeld door goede leerprestaties, kunnen juist de ontwikkeling stimuleren (Couturier, 1987; Grizenko & Fisher, 1992; Luthar & Zigler, 1991). Datzelfde geldt voor steun die de jeugdige ondervindt van de leerkracht of van andere personen op school (Rutter, 1990). Een hoge intelligentie wordt meestal gezien als bescherming tegen problemen, maar kan volgens Grizenko en Fisher (1992) twee tegenovergestelde effecten hebben. Het kan aan de ene kant leiden tot grotere competentie (zie paragraaf 3.2), maar aan de andere kant zijn intelligente jeugdigen vaak ook gevoeliger voor problematische situaties, waardoor ze kwetsbaarder zijn dan minder intelligente jeugdigen.

De schoolomgeving kan dus problemen met zich meebrengen, maar kan daarentegen ook als steun fungeren die de problematiek draagbaar maakt.

3.6.3 Vrije tijd

Leeftijdgenoten hebben niet alleen op school, maar ook daarbuiten invloed op jeugdigen. Harris (1998) heeft in Amerika veel stof doen opwaaien door te beweren dat de invloed van ouders bij de opvoeding beperkt is; zij zijn er voor de noodzakelijke verzorging. Voor de ontwikkeling van de persoonlijkheid en van normen en waarden van de jeugdige spelen leeftijdgenoten volgens Harris de belangrijkste rol. Hoewel haar theorie nogal wat kritiek heeft losgemaakt, is de invloed van de peergroep op de jeugdige al langer bekend. Hoe ouder, des te groter is de druk van de leeftijdgenoten. Een algemene gedachte is dat vrienden jeugdigen aanzetten tot bepaald gedrag. Onderzoek naar de invloed van leeftijdgenoten en mogelijke mechanismen, die deze gedachte bevestigen, zijn er niet zoveel. Engels en collega's (1996) ontdekten dat jeugdigen die roken dit niet doen op aandrang van vrienden, maar dat ze juist vrienden zoeken die ook roken. Of vrienden nu aanzetten tot bepaald gedrag of dat ze opgezocht worden door de jeugdige, ze houden bepaald gedrag wel in stand. Dit

kan zowel negatieve als positieve consequenties hebben. Deviante vrienden of vriendinnen kunnen de ontwikkeling van anti-sociaal gedrag en risicovolle gewoonten, zoals overmatig alcohol- en/of druggebruik, ondersteunen (Fergusson & Lynskey, 1996; Resnick & Burt, 1996). Sociale steun van leeftijdgenoten kan, evenals die van volwassenen, ook een gunstige ontwikkeling stimuleren (Fergusson & Lynskey, 1996; Grizenko & Fisher, 1992; Jenkins & Smith, 1990; Luthar & Zigler, 1991; Rutter, 1990).

Uit deze paragraaf blijkt dat bij de indicatie dus rekening gehouden moet worden met de mogelijkheid dat leeftijdgenoten bepaald (probleem)gedrag in stand houden en dit zal de keuze van de zorg beïnvloeden.

3.6.4 Hulpverleningsinstellingen

Het hulpverleningsverleden, zoals het aantal uithuisplaatsingen van de jeugdige en de duur en intensiteit van de zorg, kunnen een maat zijn voor de ernst van de problematiek (zie paragraaf 3.7). Ingegeven door de Wet op de Jeugdhulpverlening (1979) bestaat in de jeugdzorg de voorkeur voor zo licht mogelijke zorg, zo dichtbij als mogelijk en voor een zo kort mogelijke duur. Dit houdt in dat de zorg in principe ambulant verleend wordt. Als dit niet voldoet, kiest de hulpverlener vervolgens voor een iets zwaardere vorm. Volgens Janssen en collega's (1995) komt het nogal eens voor dat de hulpverlening in te lichte vorm begint en jeugdigen daardoor een carrière doormaken van veel, mislukte pogingen tot hulpverlening. Bovendien hanteren hulpverleners in de jeugdzorg volgens Dijkman en Terpstra (1992) een breedtestrategie in de hulpverlening, zoals vage behandelingsplannen en meer dan drie behandelingsdoelen tegelijk, waardoor er 'dan altijd wel iets zal lukken' (Dijkman & Terpstra, 1992; Knorth, 1995). Veerman (1992) opperde dat het aantal teleurstellende contacten consequenties heeft voor het vertrouwen in de professionele hulpverlening. Op deze manier heeft het effect op de persistentie van de problematiek. De indicatiesteller dient dus terdege rekening te houden met het hulpverleningsverleden van de jeugdige.

3.7 Ernst van de problematiek

Uit de literatuur bleek, dat één risicofactor over het algemeen weinig verstrekkende consequenties heeft. In navolging van Garmezy (1985) en Rutter (1979; 1985) concludeerden diverse onderzoekers dat juist door de combinatie van een aantal risicofactoren problemen ontstaan die dermate ernstig zijn of als zo ernstig ervaren worden dat professionele zorg nodig is (Aylward, 1992; Grizenko & Fisher, 1992; Resnick & Burt, 1996; Vuyk, 1987; Werner & Smith, 1977). Ook voor protectieve factoren geldt, dat één factor weinig of geen invloed heeft op de situatie. Zodra er echter meer protectieve factoren in het spel zijn, kunnen ze wel degelijk werken als bescherming (Dahlin e.a., 1990; Fergusson & Lynskey, 1996; Grizenko & Fisher, 1992). De combinatie van een aantal risicofactoren enerzijds en een aantal protectieve factoren anderzijds bepaalt dan ook de ernst van de problematiek.

Mogelijk is de ernst van de problematiek nog belangrijker voor de te stellen indicatie dan de aard van de problemen die zich voordoen (NRV, 1994b; Van Montfoort, 1995; Plaats maken, 1994). Pelzer, Steerneman en De Bruyn (1994) constateerden op basis van een literatuuronderzoek dat er, ondanks het belang dat hulpverleners er aan hechten, weinig eenduidigheid is over de inhoudelijke invulling van de 'ernst van een probleem' en, inherent hieraan, de manier om 'ernst' vast te stellen. Zij stelden echter eveneens vast dat de definities van ernst vanuit twee verschillende dimensies gezien kunnen worden, namelijk de aard van de problemen en de gevolgen van het probleemgedrag voor jeugdige en omgeving. Ook andere auteurs maakten onderscheid tussen de ernst van de problematiek naar objectieve maatstaven en naar de (subjectieve) last die iemand ervaart (Hoagwood e.a., 1996; Kievit & Tak, 1992; Verhulst e.a., 1997).

Een definitie vanuit de *aard van de problematiek* levert een *kwantitatieve* maat voor ernst. Hierbij kan ernst beschreven worden in termen van duur, aantal problemen en frequentie van symptomen of syndromen (Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1994). Enerzijds kan de frequentie en de intensiteit van een bepaald probleemgedrag de ernst van de problematiek bepalen (Dijkman & Terpstra, 1992; Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1994; Rutter, 1975). Anderzijds kan ook het aantal problemen, het aantal ontwikkelingsdomeinen en de situatie(s) waarin probleemgedrag optreedt, een kwantitatieve aanwijzing voor de ernst van de problematiek vormen (Clarizio, 1990; Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1995; Rutter, 1990; Verheij, 1993; Verhulst & Koot, 1992). Als de problemen samengesteld zijn en op meer gebieden betrekking hebben, zullen ze ernstiger zijn.

De cumulatie van risicofactoren en protectieve factoren, zoals in het begin van deze paragraaf beschreven, is eveneens een kwantitatieve maat voor de ernst, hoewel de bijdrage van deze factoren aan de ernst volgens Pelzer, Steerneman en De Bruyn (1994) weer een andere dimensie vormt. Inzicht in beide soorten factoren geeft een genuanceerd beeld van mogelijke negatieve en positieve krachten in de probleemsituatie. Op deze krachten kan bij het stellen van een indicatie ingespeeld worden.

De *gevolgen die problemen kunnen hebben* zijn het uitgangspunt voor een *kwalitatieve* maat voor ernst (Kievit & Tak, 1992). Het gaat hierbij om de subjectieve, ervaren last die de jeugdige zelf ondervindt van de problematiek en de gevolgen voor het gezin, het functioneren op school en het contact met vrienden. Handicap, lijdensdruk (Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1994; Rutter, 1975) of 'impairment' (Verhulst e.a., 1997) zijn uitwisselbare termen voor de ervaren last, die aangeeft dat er een hulpvraag is. Barker (1988) gebruikte deze kwalitatieve ernstmaat om te bepalen of residentiële hulpverlening geïndiceerd is: heeft de jeugdige zelf grote last van de probleemsituatie, ligt er een grote druk op het gezin of ondervindt de maatschappij onevenredig veel last van de problematiek dan is volgens de auteur residentiële zorg geïndiceerd.

Ook de eerder verleende zorg kan een aanwijzing zijn voor de ernst van het

probleem (zie ook paragraaf 3.6.4). Het geeft aan dat de problematiek al langer bestaat (Resnick & Burt, 1996) en geeft een aanwijzing voor de effectiviteit van reeds verleende zorg (Jansen e.a., 1995). Hoe langer een probleem bestaat, des te moeilijker zal het zijn de situatie te veranderen. Andere hulpverleningsinstellingen is het immers niet gelukt de problemen op te lossen. Ook de reactie op een behandeling en een eventueel negatief resultaat hiervan kunnen volgens sommige onderzoekers belangrijke elementen zijn waarmee indicatiestellers rekening moeten houden (Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1994; Cantwell, 1996).

Voor de te stellen indicatie is zowel de objectief vast te stellen als de subjectief ervaren ernst van de problematiek van belang. Pas als een jeugdige en/of zijn of haar ouders of de maatschappij de situatie als probleem ervaren, ontstaat er een (subjectieve) vraag voor hulp. De jeugdige zelf kan zich tot iemand wenden, de ouders zoeken hulp of derden geven de noodzaak tot verwijzing aan. De aanwezigheid van een hulpvraag bepaalt of iemand (professionele) hulp zoekt en bij een hulpverleningsinstelling terecht komt. Een van de uitgangspunten van het onderzoek in dit proefschrift is, *dat* er een hulpvraag is; zonder hulpvraag hoeft geen indicatie gesteld te worden.

Het objectief vaststellen van de ernst is van belang voor de indicatiestellers die moeten beslissen over de te verlenen zorg. Hoewel dit in de praktijk meestal niet zo expliciet gebeurt, bestaan er wel concrete maten voor de ernst van de problematiek. Zo is bijvoorbeeld de beslissing voor interne of externe verwijzing bij de RIAGG-jeugdzorg Oostelijk Zuid-Limburg heel expliciet gebaseerd op een kwantitatieve ernstmaat, namelijk op de somscore op de Heerlense Ernst Taxatie Schaal (HETS) (Steerneman, Pelzer & de Bruyn, 1997).

Door bij de indicatiestelling behalve met risicofactoren ook rekening te houden met eventuele protectieve factoren, krijgt de indicatiesteller een genuanceerd beeld van de probleemsituatie. Hij krijgt inzicht in factoren die de situatie ernstiger kunnen maken, maar ook in factoren die daar een tegenwicht tegen bieden en mogelijkheden geven waarop de hulpverlening kan aansluiten.

3.8 Relevante kenmerken van de problematiek

Uitgangspunt van dit onderzoek is dat de gestelde indicatie gebaseerd is op de problematiek van de jeugdige. Om dit te onderzoeken zijn de beoordelingen van vignetten geanalyseerd. Deze vignetten, die in eerste instantie ten behoeve van het grensvlakonderzoek (Berben e.a., 1997a) zijn geconstrueerd, zijn samengesteld uit veertien probleemkenmerken. Voor dit onderzoek is het belang van deze probleemkenmerken voor de indicatie in de jeugdzorg nader in de literatuur onderzocht. De literatuurgegevens bevestigden dit belang. Het gaat om de onderstaande veertien probleemkenmerken:

1. lichamelijke problemen, zoals psychosomatische klachten, hoofdpijn, buikpijn, trillen, tics, lichamelijke handicaps en neurologische afwijkingen;

2. cognitieve problemen, zoals leerproblemen, maar ook denkstoornissen, zoals dwanggedachten, wanen, hallucinaties en bizar gedrag;
3. emotionele problemen, zoals depressiviteit, stemmingswisselingen, angsten en teruggetrokken zijn;
4. sociale problemen, zoals anti-sociaal gedrag, gebrekkige sociale vaardigheden en delinquentie;
5. schoolproblemen, zoals slechte, afnemende of sterk wisselende prestaties, relatieproblemen met klasgenoten, pesten of gepest worden, gedragsproblemen, autoriteitsproblemen en spijbelen;
6. vrijelijdsproblemen, zoals een risicovolle vriendenkring, riskant alcohol- en drugsgebruik, relatieproblemen met leeftijdgenoten en zwerven;
7. individuele problemen van de ouders, zoals psychiatrische problemen, verslavingsproblemen en een incest- of een ander mishandelingsverleden;
8. relatieproblemen tussen ouders, zoals blijkt uit veelvuldige ruzies, onderling geweld (mishandeling) en echtscheiding;
9. relatieproblemen tussen ouder(s) en hun kind, zoals blijkt uit onderlinge ruzies, gezagsproblemen van de ouder(s) en het wegllopen van de jeugdige;
10. opvoedingscapaciteiten ouders, zoals problemen hebben met de handhaving van het ouderlijk gezag, de opvoeding aankunnen (*good enough parents*) of juist spankracht hebben, dat wil zeggen: de opvoeding van een kind met (psychische) handicaps aankunnen;
11. kwetsbaarheid van de jeugdige, zoals weinig weerstand hebben voor tegenslag (kwetsbaar) of juist ondanks tegenslag ondernemend en levenslustig zijn (weerbaar);
12. steun van belangrijke andere personen dan de ouders, zoals steun ondervinden buiten het gezin door een goede relatie met een onderwijzer, buurvrouw of een scoutingleider;
13. duur van het probleem;
14. eerder contact met de hulpverlening, zoals het advies van een schoolbegeleidingsdienst, ambulante hulp of een opname(n).

Deze veertien kenmerken typeren de problematiek op het gebied van de ontwikkeling van de jeugdige (kenmerk 1 tot en met 4) en de gezinssituatie of de problematiek van de ouders (kenmerk 7 tot en met 10). De jeugdige kan ook problemen ervaren op de andere levensterreinen dan die van het gezin, namelijk de school en de vrije tijd (kenmerken 5 en 6). Ook is er een aantal beschermende factoren opgenomen dat de probleemsituatie kan compenseren (kenmerken 10 tot en met 12). De laatste kenmerken (13 en 14) geven aanwijzingen over de persistentie van de problematiek. In het onderzoek is ook rekening gehouden met de ernst van de problematiek. Hoe dit gebeurd is, wordt bij de beschrijving van de onderzoeksvariabelen in hoofdstuk 5 beschreven.

Demografische kenmerken zijn in het onderzoek niet opgenomen als probleemkenmerken. In de probleembeschrijvingen zijn echter wel leeftijd en geslacht van de jeugdigen gespecificeerd, omdat dit de casussen levensechter maakt. Bij de analyse

is gecontroleerd op de invloed van leeftijd en geslacht op de indicatie. Deze bleken tegen de verwachting in toch van belang voor de indicatie. Om deze reden is de invloed van beide kenmerken ook nader onderzocht.

3.9 Samenvatting

Ter inkadering van dit onderzoek naar de indicatiestelling in de jeugdzorg is voorafgaand aan de opzet een literatuuronderzoek verricht. Een van de doelstellingen van dit literatuuronderzoek was om het belang van de voor de indicatie relevante probleemkenmerken nader te onderzoeken. Deze probleemkenmerken vormden de basis voor de constructie van de vignetten, die zijn voorgelegd aan indicatiestellers in de jeugdzorg. De geselecteerde probleemkenmerken zijn in paragraaf 2.3.1 reeds genoemd. In dit hoofdstuk is uitgebreider ingegaan op de resultaten van dit deel van het literatuuronderzoek.

Omdat uit de literatuur niet duidelijk naar voren kwam welke probleemkenmerken van direct belang zijn voor de indicatie, zijn ook indelingen voor de problematiek van jeugdigen besproken. Dit maakt het gemakkelijker in te schatten in hoeverre mogelijke kenmerken ontbreken in de uiteindelijke selectie.

In dit hoofdstuk is als eerste aangegeven dat niet alleen genetisch bepaalde kenmerken, maar ook kenmerken van de omgeving van belang zijn. Problemen van jeugdigen zijn in te delen in externaliserende en internaliserende problematiek. Deze indeling naar problematiek is erg globaal en differentieert wellicht onvoldoende naar gepaste zorg. Daarom zijn de vier ontwikkelingsdomeinen van jeugdigen als uitgangspunt genomen. Op deze vier domeinen kunnen zich biologisch-lichamelijke, cognitieve, emotionele en sociale problemen voordoen.

De omgeving bestaat uit verschillende levensterreinen, namelijk het gezin, de school, de vrije tijd en maatschappij. Elk kan de indicatie beïnvloeden. Zowel factoren in aanleg als in de omgeving kunnen een negatieve of positieve invloed hebben doordat ze fungeren als risicofactor of protectieve factor. Bij probleemgedrag gaat het niet zozeer om één enkelvoudige factor, maar om een combinatie van factoren. Dit geldt zowel voor de negatieve invloed van risicofactoren als voor de beschermende werking van protectieve factoren. Samen bepalen ze de ernst van de situatie. Daarnaast geven ook de aard van de problemen en de ervaren last door betrokkenen, elk vanuit een andere dimensie, de ernst van de problematiek aan.

In paragraaf 3.8 zijn de kenmerken van de problematiek genoemd die op basis van de literatuur als relevant beschouwd worden voor de te stellen indicatie. Deze zijn in dit onderzoek als onafhankelijke variabelen opgenomen. Demografische factoren, zoals leeftijd, geslacht en etniciteit van de jeugdige en sociaal-economische status van het gezin, hebben een indirecte invloed en zijn niet als afzonderlijke probleemkenmerken in het onderzoek opgenomen. Aan de jeugdigen in de casussen zijn wel een bepaalde leeftijd en een geslacht toegekend. Omdat bij de analyse bleek dat leeftijd en geslacht tegen de verwachting in invloed uitoefenden op de indicatie is hun bijdrage daaraan nader onderzocht.

4 Indicatie als resultaat van een besluitvormingsproces

*In order to decide, judge;
in order to judge, reason;
in order to reason, decide (what to reason about).*

(Johnson-Laird & Shafir, 1993a, p.1)

4.1 Inleiding

In alle fasen van het hulpverleningsproces neemt een hulpverlener voortdurend (impliciet of expliciet) beslissingen. Hij concludeert bijvoorbeeld dat Karin niet mee kan komen op school en besluit haar aan te melden bij een school voor speciaal onderwijs. Nadat Robert van vier jaar voor de zesde keer 's avonds in zijn eentje op straat is aangetroffen, besluit de indicatiesteller, dat de jongen niet meer bij zijn vader kan blijven wonen. Een sociale vaardigheidstraining zal volgens de indicatiesteller Jans probleem met zijn leeftijdgenoten verhelpen. Al deze beslissingen hebben te maken met het stellen van een indicatie, waarbij de indicatiesteller zich op basis van zoveel mogelijk informatie een oordeel vormt over het probleem en de theoretische en praktische mogelijkheden aangeeft om dit probleem aan te pakken.

Uitgangspunt van het onderzoek is dat indicatiestellers zich bij het bepalen van de gepaste zorg in eerste instantie laten leiden door de problematiek van de jeugdige en diens gezin. In hoofdstuk 3 is uitgebreid ingegaan op de probleemkenmerken, die in dit kader relevant zijn. Bij de opzet van het onderzoek moet echter ook rekening worden gehouden met andere factoren, die, ook al zijn ze van secundair belang, de indicatie eveneens kunnen beïnvloeden. In paragraaf 2.4.3 is reeds kort vermeld welke factoren hiertoe in de literatuur gevonden zijn. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de resultaten die het literatuuronderzoek ten aanzien van dit onderwerp heeft opgeleverd. De probleemkenmerken, die uitgebreid beschreven zijn in het vorige hoofdstuk, worden in dit hoofdstuk alleen genoemd om ze te plaatsen binnen het geheel van mogelijk relevante factoren.

In dit onderzoek wordt de indicatie beschouwd als beslissing. Niet alle soorten beslissingen zijn hetzelfde. In paragraaf 4.2 zal dan ook eerst de aard van de indicatie als beslissing nader beschreven worden. Deze heeft mede geleid tot de keuze voor de vignettenmethode die in dit onderzoek gehanteerd is (zie hoofdstuk 2).

Vervolgens zullen de relevante kenmerken van alle partijen, die te maken kunnen hebben met de indicatie, besproken worden. Behalve probleemkenmerken kunnen ook kenmerken van de indicatiesteller van invloed zijn op de indicatie. Hierbij gaat het zowel om persoonlijkheidskenmerken als om achtergrondkenmerken die het denkkader bepalen, zoals opleiding, discipline en werkervaring. Ook kenmerken van de instelling kunnen hierbij een rol spelen. Kenmerken van de indicatiesteller en van de instelling zullen respectievelijk in paragraaf 4.3 en 4.4 beschreven worden.

Niet de minst belangrijke partij betrokken bij de indicatie is de cliënt. Op de kenmerken van de cliënt, dat wil zeggen van de jeugdige en diens ouders, die eveneens van invloed kunnen zijn op de te stellen indicatie, zal in paragraaf 4.5 ingegaan worden.

Naast de kenmerken van de indicatiesteller en die van de cliënt speelt ook de relatie tussen beide partijen een rol bij het stellen van een indicatie. Dit wordt beschreven in paragraaf 4.6.

Tot slot beïnvloeden ook praktische mogelijkheden en onmogelijkheden door de organisatie van het zorgaanbod de besluitvorming, waardoor het toeval de jeugdige parten kan spelen. Dit komt in 4.7 aan de orde.

Nadat alle kenmerken die mogelijk van invloed zijn op de indicatiestelling beschreven zijn, wordt ingegaan op de consequenties ervan voor de opzet van dit onderzoek. In paragraaf 4.8 wordt aangegeven hoe met de genoemde kenmerken rekening gehouden is in het onderzoek.

In paragraaf 4.9 volgt een samenvatting van het hele hoofdstuk.

4.2 Aard van de beslissing

De indicatie wordt in dit onderzoek gezien als het resultaat van een beslissingsproces. Net als bij andere beslissingen het geval is, betekent de indicatie de productie van een oordeel, nadat informatie verworven en verwerkt is (Hogarth, 1980). Niet alle beslissingen zijn in alle opzichten gelijk. De indicatie is een complexe beslissing, die genomen wordt binnen een context. Er kleven veel onzekerheden aan, waardoor de indicatie geen optimale beslissing is, maar een beslissing naar tevredenheid. Deze beslissing is het resultaat van een quasi-rationeel proces, waarbij ook factoren, waarvan de indicatiesteller zich niet bewust is een rol spelen. Deze facetten van de aard van de indicatie als beslissing zullen in de volgende paragrafen (4.2.1 tot en met 4.2.5) uitgelegd worden.

4.2.1 Complexe beslissing

Zoals hiervoor beschreven moet bij het stellen van een indicatie informatie verworven en verwerkt worden, voordat het oordeel geproduceerd kan worden. Elke stap in dit beslissingsproces oefent invloed uit op het eindresultaat. Eerst moet de indicatiesteller diagnostische informatie verwerven en verwerken om de problematiek te kunnen beschrijven. Uit het literatuuronderzoek zijn veertien kenmerken van de problematiek naar voren gekomen die de indicatie kunnen beïnvloeden (zie hoofdstuk 3). Deze probleemkenmerken kunnen in alle mogelijke combinaties en in allerlei gradaties van ernst voorkomen. Bij elke combinatie ontstaat weer een andere probleemsituatie. Dit maakt problematiek complex.

Na de beschrijving van de problematiek moet de indicatiesteller de verschillende mogelijkheden voor zorg op een rij zetten. Uit deze mogelijkheden kan hij uiteindelijk de gepaste zorg selecteren. De mogelijkheden voor de verlening van de zorg kunnen evenals de problematiek sterk variëren: van een adviesgesprek tot spel-

psychotherapie met logopedie en begeleiding van de ouders. Voor dit onderzoek zijn 44 verschillende activiteiten van zorg onderscheiden (zie hoofdstuk 2).

Deze grote hoeveelheid aan combinaties van zowel de problematiek als de te verlenen zorg maakt het stellen van een indicatie tot een complex probleem. Volgens Kassirer, Kuipers en Gorry (1988) geven alleen beoordelingen van complexe situaties inzicht in complexe beslissingen. Als de indicatiestelling gesimplificeerd wordt, bestaat het gevaar dat belangrijke factoren die de indicatie beïnvloeden over het hoofd gezien of niet op de juiste waarde geschat worden. Bovendien, zo concludeerden Ezpleta en collega's (1997), zou de overeenstemming tussen deskundigen bij de beoordeling van complexe problemen groter zijn dan bij eenvoudige problemen. Om inzicht te krijgen in de indicaties in de jeugdzorg, dienen in het onderzoek daarom complexe probleemsituaties voorgelegd te worden.

4.2.2 Beslissing binnen een context

De mens laat zich volgens Ruijsenaars (1995) niet gemakkelijk reduceren tot een voorraad geïsoleerde kenmerken en functies, maar moet gezien worden in zijn context. Uit een onderzoek van de Amerikaanse psychologe Pennington (1981) kwam naar voren dat juryleden bij een rechtszitting moeite hadden om te bepalen of de voorgelegde feiten vóór of juist tegen een verdachte pleitten. Pas toen ze een plot hadden gecreëerd, konden ze de informatie in een context plaatsen en er betekenis aan verlenen. Dit speelt ook een rol bij de indicatiestelling in de jeugdzorg. Om aan informatie enige betekenis te kunnen verlenen en om vervolgens te beoordelen welke zorg bij de problematiek past, is een context nodig. Zo concludeerde Van Nijnatten (1986) op basis van een inhoudsanalyse van rapporten van de Raad voor de Kinderbescherming die tot een ondertoezichtstelling hadden geleid: 'In de recente rapporten krijgt het verhaal pas betekenis door de verbanden, die tussen de verschillende elementen worden gelegd' (p. 128/129).

Het belangrijkste knelpunt bij de indicatiestelling ligt volgens De Ridder (1992) ook niet in de keuze van de juiste behandeling, maar in het structureren van het probleem en het bepalen welke informatie belangrijk is. Een 'goede probleemoplosser' beperkt zich niet tot één reconstructie van het probleem, maar zoekt door tot hij een coherent beeld heeft van de problematiek waarin alle beschikbare informatie past (De Ridder, 1992). Dit betekent dat in een onderzoek naar gepaste zorg de informatie goed gestructureerd dient te zijn. In dat geval kan de beoordelaar de aandacht zoveel mogelijk besteden aan het bepalen van de gepaste zorg.

4.2.3 Beslissing onder onzekerheid

Het indicatiestellingsproces bevat veel onzekerheden. Door het gebrek aan empirisch bewijs van de effectiviteit van de zorg kan een indicatiesteller nooit volledig zeker zijn van de juistheid van de gestelde indicatie. Zo zal hij er ook nooit volledig zeker van zijn of alle diagnostische informatie relevant is of dat er bepaalde informatie ontbreekt. De indicatiesteller heeft namelijk te maken met een slecht gedefinieerd

probleem (De Bruyn, 1988; Koele & Westenberg, 1997; Vlek & Wagenaar, 1976; Westenberg & Koele, 1993).

Bij een goed gedefinieerd probleem zijn alle actiemogelijkheden, toestanden en uitkomsten bekend (Van den Brink, 1993; De Bruyn, 1988; Van der Gaag, 1993). De beslissing die logisch volgt uit een juiste beoordeling van alle mogelijkheden, berust op volledige zekerheid. Ter verduidelijking volgt hier een voorbeeld van zo'n probleem, dat ontleend is aan Van den Brink (1993):

De drie kinderen in een gezin reizen per trein naar school. Het gezin schaft daarvoor elk jaar een kortingskaart aan die geldig is van augustus tot augustus. Nu krijgt de oudste zoon vanuit de studiefinanciering met ingang van het nieuwe kalenderjaar een OV-jaarkaart. De vader moet nu beslissen of de kortingskaart zijn gezin nog voldoende voordeel biedt om deze opnieuw aan te schaffen. Hij zet alle mogelijke situaties (wel-geen kortingskaart met wel-geen maandabonnement of trajectkaart) op een rij. Omdat hij een overzicht heeft van alle prijzen, kan hij voor alle situaties, die zich kunnen voordoen, de kosten berekenen. Vervolgens kan hij alle kostenplaatjes vergelijken en uiteindelijk met zekerheid de juiste beslissing nemen.

Als een jeugdige, eventueel met ouders, terecht komt bij een hulpverleningsinstelling, behoort een afweging, vergelijkbaar met die in bovenstaand voorbeeld, niet tot de mogelijkheden. Volgens Pennington en Hastie (1993) kunnen beoordelaars zich zoveel mogelijk indekken tegen onzekerheid door te zorgen dat hun reconstructie van de problematiek (het scenario, zie ook paragraaf 4.3.2) zo coherent mogelijk is, zoveel mogelijk klopt met de geconstateerde feiten (bijvoorbeeld symptomen of andere probleemkenmerken), zoveel mogelijk feitelijke gegevens dekt en uniek is. Dit laatste houdt in dat er geen ander scenario te bedenken is, dat beter past bij de feiten.

Pennington en Hastie (1993) baseren hun theorie op beoordelingen binnen de rechtspraak. Voor dergelijke beoordelingen geldt echter hetzelfde als voor te stellen indicaties. Een beslissing, waarbij 100% zekerheid bestaat over de juistheid ervan, is niet reëel.

De indicatie is, zoals hiervoor reeds vermeld, gebaseerd op de beoordeling van een slecht gedefinieerd probleem, waarbij niet volledig bekend is welke situaties zich kunnen voordoen of, als dit wel zo is, wat de kans is dat een bepaalde situatie zich voordoet. In een onderzoek naar de indicatie is het dus belangrijk om zoveel mogelijk onzekerheden uit te sluiten door zoveel mogelijk structuur aan te brengen in de aangeboden informatie en de bijbehorende vraag.

4.2.4 Quasi-rationele beslissing

De verschillende manieren van redeneren zijn in te delen op een schaal die loopt van volledig intuïtief naar volledig rationeel. Hammond noemt dit een cognitief continuüm (Cooksey, 1996; Hamm, 1988), waarbij rationeel verwijst naar een logische, op feiten gebaseerde, analytische wijze van redeneren en intuïtief betrekking heeft

op een normatieve, affinitieve, gevoelsmatige gedachtegang.

De indicatie is noch het resultaat van een volledig intuïtief, noch van een volledig rationeel besluitvormingsproces. De mensen die een indicatie moeten stellen zijn hiertoe opgeleid. Ze beschikken over de informatie die van belang is om zo'n beslissing te nemen. De indicatiesteller zal kunnen expliciteren welke overwegingen volgens hem hebben geleid tot een bepaalde indicatie. In die zin is de indicatie een rationele beslissing. Explicitering van de genomen beslissingen is volgens Ruljssenaars (1995) noodzakelijk, omdat anders de 'ogenschijnlijk gouden greep van de ervaren behandelaar (dan) van doublé kan blijken te zijn' (Ruljssenaars, 1995, p. 171). Explicitering is ook in het belang van de samenwerking tussen indicatiestellers, zodat ze gezamenlijk zorg en aanbod op elkaar kunnen afstemmen en de gestelde indicatie niet afhankelijk is van willekeur.

Bij het nemen van beslissingen spelen echter ook minder rationele, normatieve aspecten mee, waarvan de beoordelaar zich vaak niet realiseert, dat ze zijn beslissing beïnvloeden. Hamm (1988) refereerde in dit kader aan een onderzoek van Clancy, die een computerprogramma had ontworpen voor de indicatiestelling van meningitis. Toen Clancy het programma testte, ontdekte hij dat het bijbehorende beslissingsproces helemaal niet zo verliep als de betrokken deskundigen verteld hadden. Mensen kunnen nooit volledig hun eigen cognitieve proces beschrijven. Volgens Nisbett en Wilson (1977) overschatten deskundigen zichzelf in dit opzicht. Als ze moeten aangeven waarop ze een bepaalde beslissing gebaseerd hebben of waarom ze zich op een bepaalde manier gedragen hebben, gebruiken ze altijd een impliciete theorie om hun beslissing of gedrag te verklaren of gaan ze na in hoeverre de verklaring plausibel is (Nisbett & Wilson, 1977; Pennington & Hastie, 1993). Nisbett en Wilson (1977) beschreven een onderzoek dat illustreert dat personen bij de verklaring van hun gedrag volledig voorbij kunnen gaan aan de eigenlijke oorzaak.

In een experiment onder personen die aan slapeloosheid leden, moesten de deelnemers aan het onderzoek over twee opeenvolgende nachten rapporteren hoe laat ze naar bed gingen en hoe laat ze in slaap vielen. De ene groep deelnemers kreeg een placebo voorgeschreven en kreeg te horen dat deze pil een versnelde hartslag, een onregelmatige ademhaling, een verhoogde lichaamstemperatuur en waakzaamheid veroorzaakte. Dit zijn de lichamelijke en emotionele symptomen van slapeloosheid. De andere groep deelnemers kreeg dezelfde placebo, maar kreeg het tegenovergestelde verhaal te horen: de pil zou juist een vertraagde hartslag, een rustigere ademhaling, een lagere lichaamstemperatuur teweegbrengen en de waakzaamheid verminderen. De eerste groep zou naar verwachting de symptomen van slapeloosheid aan de pil toeschrijven en daardoor sneller in slaap vallen dan de tweede groep, die zich even onrustig voelde als anders ondanks de pil, die hen juist zou moeten ontspannen. De eerste groep bleek inderdaad sneller in slaap te vallen en de tweede groep minder snel. De redenen die beide groepen respondenten aanvoerden voor het feit dat ze sneller of minder snel in slaap vielen dan anders waren heel creatief, maar hadden niets te maken met de reactie op de pil. Zelfs na een uitgebreide uitleg van het experiment door de onderzoekers geloofden de respondenten niet in hun reactie op de pil (Nisbett & Wilson, 1977, pp. 237-238).

Behalve op rationele, logische feiten kan een beslissing ook op intuïtieve, affinitieve gronden gebaseerd zijn. Ook in de jeugdzorg zullen intuïtieve factoren hun invloed doen gelden op de indicatie. In de praktijk baseert de indicatiesteller zijn oordeel namelijk deels op theoretische kennis en deels op eerdere ervaringen (Kievit & Tak, 1992). De indicatiestelling verloopt hierdoor niet volledig rationeel en ook niet volledig intuïtief, maar kan gezien worden als een quasi-rationeel besluitvormingsproces (Cooksey, 1996; Hamm, 1988). Afhankelijk van kennis en ervaring van de deskundige enerzijds en kenmerken van de beoordelingstaak anderzijds, zoals complexiteit, eenduidigheid en presentatie van de taak, zal dit proces meer rationeel of meer intuïtief getint zijn (Cooksey, 1996). Intuïtieve factoren zullen altijd mede een rol blijven spelen. Explicitering van gestelde indicaties in een rationele beschrijving zal dus slechts voor een deel een afspiegeling geven van de indicaties en de factoren die bij een dergelijke beslissing een rol spelen. In een onderzoek naar de indicatie zal in ieder geval rekening gehouden moeten worden met intuïtieve, op ervaring gebaseerde factoren die de beoordeling beïnvloeden.

4.2.5 Beslissing naar tevredenheid

Bij een goed gedefinieerd probleem zijn alle probleemkenmerken, oplossingsalternatieven en hun consequenties volledig bekend en wordt de beslissing maximaal genoemd (Van den Brink, 1993; De Bruyn, 1988; Van der Gaag, 1993). Bij de indicatiestelling gaat het om het afwegen van alternatieven die de indicatiesteller als meest gepast beschouwt. De onzekerheid die de indicatiestelling omringt, is de reden dat de indicatie nooit een maximale beslissing kan zijn. Zelfs als een behandeling leidt tot vermindering van de problematiek, zal de indicatiesteller niet weten of een andere behandeling een beter resultaat zou hebben geboekt (Jansen e.a., 1995; Veerman & Treffers, 1986). Het is onmogelijk om het effect van verschillende behandelingen bij dezelfde probleemsituatie te vergelijken. De indicatiesteller kan niet de invloed van een bepaalde behandeling opheffen en vervolgens met een andere behandeling starten. In deze zin zou de voorspelling van het effect volgens een aantal auteurs (De Bruyn, 1988; Vlek & Wagenaar, 1976) 'besmet' zijn, omdat de voorspelling zelf al leidt tot een behandelingsbeslissing. Effectonderzoek dat aantoont welke zorg het beste past bij welke problematiek kan de indicatiesteller meer zekerheid geven over de indicatie. Zolang dit niet voor alle mogelijke combinaties van problematiek en zorg is aangetoond, blijft de indicatie een suboptimale beslissing, een beslissing naar tevredenheid gegeven de omstandigheden (Vlek, 1987).

Door de onzekerheid blijft er altijd een bepaalde marge voor verschil in keuzen. Hierdoor blijft er enige variatie in het stellen van indicaties. Dit is volgens Eddy (1988) en Faas (1996) normaal en wellicht niet te vermijden. In een onderzoek naar de indicatie mag dan ook geen volledige overeenstemming tussen indicatiestellers over gepaste zorg verwacht worden.

4.3 Kenmerken van de Indicatiesteller

In paragraaf 4.2.4 is reeds aangegeven dat indicatiestellers hun oordeel baseren op theoretische kennis enerzijds en professionele ervaringskennis anderzijds (Kievit & Tak, 1992). De indicatie is het resultaat van een quasi-rationeel proces, waarop ook kenmerken van de persoon van de indicatiesteller invloed uitoefenen. In deze paragraaf wordt ingegaan op de eigenschappen van een indicatiesteller als beoordelaar. In paragraaf 4.4 komen de achtergrondkenmerken van de indicatiesteller aan de orde die zijn referentiekader bepalen, zoals discipline, functie en werkervaring.

4.3.1 Begrensde cognitieve vermogens

De opgave van de indicatiesteller is om een grote hoeveelheid informatie te integreren tot een eenduidig oordeel of besluit. Het menselijk brein is echter geen bodemloos vat, dat de informatie eindeloos kan blijven opnemen. Op een gegeven moment is de grens bereikt. Informatie moet dan eerst bezinken, voordat iemand weer nieuwe informatie kan opnemen. Deze 'rationale begrensdheid', een begrip geïntroduceerd door Simon in 1957, maakt het gebruik van verwerkingsmechanismen noodzakelijk (Barletta, 1991; Koele & Van der Pligt, 1993; De Ridder, 1991; Timmermans, 1993; Koele & Westenberg, 1997). Door informatie te structureren kan iemand problemen vereenvoudigen en meer informatie verwerken en hanteren.

4.3.2 Verwerkingsmechanismen

Indicatiestellers slaan kennis op basis van hun ervaring met patiënten of cliënten die ze gezien hebben gestructureerd op in hun geheugen (Barletta, 1991; De Bruyn, 1988; Corliss, 1995). Bij nieuwe, complexe probleemsituaties gebruiken ze verwerkingsstrategieën om de informatie te vereenvoudigen (Barletta, 1991; De Ridder, 1992; Koele, 1993; Van Schie, 1993; Timmermans, 1993; Vlek, 1987). Door associatie en door herinneringen aan verschillende gebeurtenissen uit het verleden samen te voegen, kunnen mensen denkbeeldige situaties construeren; ze simuleren als het ware een nieuwe gebeurtenis (Pennington & Hastie, 1993; Van Schie, 1993). Bij de beoordeling van situaties in de praktijk kunnen op basis van associatie scenario's geconstrueerd worden, niet alleen om de situatie voor te stellen, maar ook om het ontstaan ervan (oorzaak) te achterhalen (Pennington & Hastie, 1993; Van Schie, 1993). Door deze scenario's of plots, zoals De Ridder (1992) ze noemde, komen de gegevens in een context te staan, waardoor ze beter te bevatten zijn (zie ook paragraaf 4.2.2). De indicatiesteller kan hierdoor uit een zee van informatie de relevante gegevens zeven, deze samenvoegen tot zinvolle eenheden en vervolgens een indicatie stellen. Kassirer, Kuipers en Gorry (1988) vergeleken de indicatiesteller in dit opzicht met een ervaren schaker, die de positie van alle stukken op een schaakbord onthoudt, als het om een specifiek probleem gaat. Is er sprake van een willekeurige opstelling zonder probleem, dan lukt dit veel minder goed.

Verwerkingsmechanismen ontstaan door kennis en ervaring. Kassirer, Kuipers en Gorry (1988) suggereerden dat een indicatiesteller (evenals de schaker) eerst een groot aantal configuraties, dat wil zeggen samenstellingen van problemen, moet leren, voordat hij zich ervaren mag noemen. Ervaring staat dan gelijk aan het aantal variaties in problematiek dat een indicatiesteller kent. Evenals de schaker doet de indicatiesteller ervaring op met een bepaald doel, namelijk de aanpak van een probleemsituatie. Voor de indicatiesteller betekent dit dat hij moet bepalen welke zorg in een specifieke probleemsituatie gepast is. Hoe meer ervaring een indicatiesteller heeft, des te meer informatie heeft hij ter beschikking, des te minder zullen incidentele gebeurtenissen de indicatie onevenredig sterk beïnvloeden en des te evenwichtiger zal de beoordeling in dit opzicht zijn (zie paragraaf 4.4.1). Opgemerkt moet echter worden dat de toegepaste mechanismen om de informatie te verwerken de beslissing gemakkelijker kunnen maken, maar dat dit niets zegt over de juistheid van de oplossing.

4.3.3 Hoeveelheid informatie

Verwerkingsmechanismen maken het mogelijk dat indicatiestellers relatief veel en complexe informatie kunnen verwerken. Uit onderzoek is gebleken dat beoordelaars op basis van weinig informatie 4 à 5 hypothesen opstellen, vrij snel tot een voorlopig oordeel komen en nauwelijks twijfelen aan hun eerste oordeel (De Bruyn, 1988; Elstein & Bordage, 1988; Elstein, Shulman & Sprafka, 1974; Katz, 1988; Kleinmuntz, 1990; Koele, 1993; Koele & Westenberg, 1997; Legrenzi, Girotto & Johnson-Laird, 1993; Wagenaar, 1987; Westenberg, 1993). Indiciestellers stralen meestal veel zelfvertrouwen uit. Dit is niet zo vreemd, omdat van een deskundige meestal ook wordt verwacht dat hij zekerheid uitstraalt (Katz, 1988; Koele & Westenberg, 1997).

Indiciestellers hebben dus niet veel informatie nodig om een oordeel te vormen. Meer informatie betekent niet per definitie meer kennis of een beter oordeel. Het kan ook leiden tot fouten in de beoordeling, omdat is gebleken dat mensen niet met teveel informatie om kunnen gaan (Elstein & Bordage, 1988; Kleinmuntz, 1990).

In dit onderzoek is een afgepaste hoeveelheid informatie verstrekt: niet teveel en niet te weinig, maar voldoende om een scenario te kunnen creëren en een indicatie te kunnen stellen.

4.3.4 Opvallendheid van gebeurtenissen en wijsheid achteraf

Bij gebeurtenissen die opvallen staan mensen langer stil. Opvallende gebeurtenissen onthouden ze om deze reden beter (Dowie & Elstein, 1988; Eraker & Politser, 1988; Van Schie, 1993). Wanneer een gebeurtenis een emotionele lading heeft, concreet is en nabij in tijd en ruimte, blijkt deze nog meer de aandacht te trekken. Deze kenmerken bepalen nog sterker dan alleen de opvallendheid dat de informatie opgeslagen wordt in het geheugen. Daarnaast hebben deze kenmerken grote invloed op de beschikbaarheid van de informatie, dat wil zeggen de herinnering aan de gebeurtenis naderhand. In de literatuur wordt dit fenomeen de 'vividness' (Eraker

& Politser, 1988; Nisbett & Wilson, 1977; Van Schie, 1993) of levendigheid (Van Schie, 1993) van informatie genoemd. Door dergelijke informatie aan te bieden aan respondenten in het onderzoek zullen ze zich betrokken voelen en zoveel mogelijk informatie betrekken in hun oordeel.

Een ander kenmerk van beoordelaars waarmee rekening gehouden moet worden in het onderzoek is 'hindsight bias', oftewel wijsheid achteraf (Fischhoff & Beyth-Marom, 1988; Hawkins & Hastie, 1990; Van Schie, 1993). Dit begrip houdt in dat mensen, als het resultaat bekend is, 'terug' redeneren; de beoordeling achteraf is anders dan wanneer vooraf een oordeel gevraagd zou zijn. Ook het bekendmaken van onderzoeksresultaten lokt vaak de reactie uit dat 'men dat al lang wist': mogelijke andere resultaten worden volledig over het hoofd gezien (Donker, 1990; Hawkins & Hastie, 1990).

Dit betekent dat in het onderzoek geen suggesties gedaan mogen worden over een mogelijke indicatie, omdat dit de indicatiestellers op een spoor kan zetten, dat los staat van hun eigen ideeën over de indicatie.

4.3.5 Ware en valse beoordelingen

Als een indicatiesteller op grond van de gegevens die hij ter beschikking heeft uiteindelijk het probleem beschrijft, kunnen zich theoretisch vier situaties voordoen:

1. de beslissing is waar positief: het probleem is vastgesteld en aanwezig.
2. de beslissing is vals positief: het probleem is vastgesteld maar niet aanwezig.
3. de beslissing is vals negatief: het probleem is niet vastgesteld maar wel aanwezig.
4. de beslissing is waar negatief: het probleem is niet vastgesteld en niet aanwezig.

De indicatiesteller zal er in principe naar streven, dat alleen de eerste en de vierde situatie zich voordoen: de ware situaties (De Ridder, 1991; Timmermans, 1993; Westenberg & Koele, 1993; Wagenaar, 1995). Vanwege alle onzekerheden die aan het stellen van een indicatie kleven is in de praktijk nooit met volledige zekerheid aan te geven of het ook om deze twee situaties gaat. Hierdoor bouwen indicatiestellers veiligheidsmarges in om de negatieve gevolgen van een zogenaamd valse indicatie zoveel mogelijk te voorkomen. In de praktijk vindt een kosten-baten-analyse plaats. Het risico van een incorrecte (valse) diagnose wordt afgezet tegen de voordelen van zorg (Ruijsenaars, 1995; Timmermans, 1993; Westenberg & Koele, 1993). Om vals negatieve beoordelingen te voorkomen zijn indicatiestellers relatief snel geneigd indicaties voor nader onderzoek of behandeling te stellen, waarbij ze het risico op een vals positieve beoordeling voor lief nemen. Indicatiestellers redeneren dat het beter is om iemand die geen hulp behoeft uitgebreid te onderzoeken dan iemand die wel hulp behoeft niet te onderzoeken (Koele & Westenberg, 1997; Timmermans, 1993). Het is minder erg om iemand ten onrechte voor zorg in

aanmerking te laten komen (bijvoorbeeld een jeugdige waarbij de indicatiesteller seksueel misbruik vermoedt) dan om iemand ten onrechte psychisch gezond te verklaren (die wel seksueel misbruikt is) en dus verstoken blijft van de noodzakelijke zorg.

In een onderzoek naar gepaste zorg bestaat het gevaar dat respondenten meer zorgonderdelen als gepast aanwijzen dan strikt genomen reëel is uit angst om een zogenaamd waar positieve beslissing te missen, waardoor een jeugdige niet de gepaste zorg zou krijgen.

4.4 Referentiekader van de indicatiesteller en van de instelling

In deze paragraaf wordt ingegaan op een aantal achtergrondkenmerken, dat mogelijk van invloed is op de indicatie.

In paragraaf 4.4.1 komen eerst de kenmerken aan de orde die de kennis en ervaring van de indicatiesteller bepalen.

Vervolgens staan in paragraaf 4.4.2 enkele kenmerken genoemd van de instelling waar de indicatiesteller werkt, die eveneens van invloed kunnen zijn op de indicatie.

4.4.1 Kennis en ervaring van de indicatiesteller

In diens opleiding vergaart de indicatiesteller een bepaalde hoeveelheid wetenschappelijke kennis. Zodra de indicatiesteller een baan krijgt, waarin hij deze kennis in de praktijk kan brengen, wordt de theoretische kennis aangevuld met praktische ervaringskennis. Samen bepalen beide vormen van kennis het resultaat van besluitvormingsprocessen. Volgens Corliss (1995) construeren deskundigen op grond van hun ervaring een script van probleem en aanpak en slaan dit vervolgens in een database van eigen ervaringskennis op. Hoewel De Bruyn (1988) van mening is dat het kennisbestand niet erg gestructureerd is, maar een conglomeraat van feitenkennis, theoretische inzichten en klinische ervaring, heeft de hoeveelheid werkervaring invloed op de indicatie (Morrissey e.a., 1995). Hoe meer ervaring een indicatiesteller heeft des te meer informatie heeft hij of zij ter beschikking om scenario's te construeren. Veel ervaring betekent dat de indicatiesteller problematiek relatief snel in een kader kan plaatsen en vervolgens relatief snel een indicatie kan stellen. Hoe meer ervaring een indicatiesteller heeft, des te minder zullen incidentele gebeurtenissen de indicatie onevenredig sterk beïnvloeden en des te evenwichtiger zal de beoordeling zijn.

Indicatiestellers die langdurig ervaring hebben kunnen echter onderling verschillende beslissingen nemen door een verschil in discipline. Mandel, Lehman en Yuille (1995) legden politie-agenten en maatschappelijk werkers een aantal hypothetische situaties voor van verwaarlozing en seksueel misbruik van jeugdigen en onderzochten hoe zij een voortijdige uithuisplaatsing van de jeugdigen in deze situaties beoordeelden. De onderzoekers concludeerden dat maatschappelijk wer-

kers niet alleen terughoudender waren om jeugdigen uit huis te plaatsen dan politie-agenten, maar dat ze daarbij ook andere argumenten aanwendden. Ook indicatiestellers kunnen verschillen in hun beoordeling doordat ze uitgaan van hun eigen theoretische achtergrond en/of discipline: huisartsen kunnen bijvoorbeeld andere ideeën hebben dan chirurgen, psychologen andere dan pedagogen en maatschappelijk werkers andere dan fysiotherapeuten. Dit is echter geen vaststaand feit. Er zijn ook onderzoeken waaruit een verschil in discipline of theoretische achtergrond niet tot een verschil in beoordeling leidt (Jackson & Nuttall, 1994; Jansen & Meier, 1991). Jansen en Meier (1991) vergeleken de beoordelingen van leerproblemen door psychologen, (ortho)pedagogen en onderwijskundigen. Psychologen bleken iets minder belang te hechten aan factoren die direct betrekking hebben op de onderwijsleersituatie dan de twee andere disciplines. Voor het overige verschilden de disciplines niet in hun beoordeling. De verschillen in beoordeling *binnen* de disciplines waren groter dan die *tussen* de disciplines (Jansen & Meier, 1991). De onderzoekers suggereerden dat het verschil in beoordeling te wijten kan zijn aan een verschil in organisatie of beleid van de instelling (zie ook paragraaf 4.4.2).

Theoretische achtergrond, discipline en praktische ervaringen hoeven niet noodzakelijk invloed uit te oefenen op de indicatie, maar kunnen het oordeel wel kleuren. Ter controle van de invloed van de achtergrondkenmerken van de respondent zal in het onderzoek de samenhang van enkele van deze kenmerken (discipline, functie en ervaring) met de gestelde indicatie worden nagegaan.

4.4.2 Kenmerken van de afzonderlijke instellingen

Elk van de drie jeugdzorgsectoren heeft van oorsprong een andere doelstelling. Door de oriëntatie vanuit de sector of vanuit de instelling op bepaalde doelstellingen en op bepaalde doelgroepen kan een specifieke cultuur ontstaan, die een kader schept voor de standaard interpretatie en aanpak van bepaalde problematiek. Volgens Bird (1996) beïnvloeden gebruiken, religie en attitudes niet alleen wat als oorzaak van bepaalde problematiek gezien wordt, hoe bepaald gedrag geïnterpreteerd wordt en welke betekenis eraan verleend wordt, maar ook welke informatie gerapporteerd wordt. De wijze waarop indicatiestellers problemen definiëren en welke standaardoplossingen ze daarbij gebruiken, kan dus per sector en per instelling verschillen. Op deze manier kunnen twee indicatiestellers die in verschillende jeugdzorgsectoren werkzaam zijn dezelfde situatie dus heel verschillend beoordelen.

Niet alleen de cultuur, maar ook het beleid van een instelling kan de indicatie beïnvloeden (Cline, 1985; Jackson & Nuttall, 1994; Jansen & Meier, 1991). Als het beleid duidelijk geformuleerd is met strikte aanwijzingen voor de indicatiestelling, zullen alle indicatiestellers in deze instelling problemen op dezelfde wijze interpreteren en aanpakken. Een specifieke methodiek zal bevorderen dat problemen steeds op dezelfde manier worden benaderd. Wanneer de instelling met een bepaalde doelgroep te maken heeft, kan dit eveneens de beoordeling beïnvloeden. Zo blijkt

volgens Cline (1985) de staf in een psychiatrische setting relatief veel emotionele problemen in een normale bevolking te signaleren, omdat de doelgroep waarmee ze te maken heeft veel van deze problemen vertoont.

De bedoeling van dit onderzoek was niet om verschillen tussen de instellingen te onderzoeken. Door een groot aantal instellingen te benaderen voor deelname aan het onderzoek, is ernaar gestreefd eventuele verschillen uit te middelen. Wel is nagegaan in hoeverre de sector waarin de indicatiesteller werkt de indicatie beïnvloedt. Elk van de drie jeugdzorgsectoren heeft immers van oorsprong een andere doelstelling en kan daardoor op andere zorg georiënteerd zijn.

4.5 Kenmerken van de cliënt

Behalve de aard van de beslissing en de kenmerken van de indicatiesteller zijn ook kenmerken van de cliënt van invloed op de te stellen indicatie (De Bruyn, 1988; Dickey & Wagenaar, 1994; Kemp & Van Acker, 1997; Van der Ploeg & Scholte, 1995; Rost & Schilling, 1997). Observatie van de cliënt geeft de indicatiesteller gedeeltelijk een kader voor de problematiek, maar kan ook bepaalde reacties bij de indicatiesteller oproepen, die los staan van de problematiek. De kenmerken van de cliënt zijn dan ook in twee typen te verdelen:

- kenmerken die direct te maken hebben met de problematiek. Dit kunnen bijvoorbeeld lichamelijke klachten of cognitieve problemen zijn, maar ook kenmerken die de subjectieve draaglast en draagkracht van zowel de jeugdige als het gezin bepalen. Bij de laatste gaat het om kwetsbaarheid en weerbaarheid van de jeugdige en van het gezin. Al deze kenmerken kunnen de problematiek versterken of juist verzwakken en bepalen welke specifieke zorg gepast is. In hoofdstuk 3 zijn deze kenmerken besproken. Hier zal er niet verder op ingegaan worden;
- kenmerken in persoonlijkheid, houding en uiterlijk die van invloed zijn op intermenselijke relaties en hierdoor de indicatiestelling indirect beïnvloeden. Voorbeelden van deze kenmerken zijn bescheidenheid, stuursheid of agressiviteit van de cliënt, maar ook de manier waarop iemand zich lichamelijk verzorgt of kleeft. Op deze kenmerken zal in deze paragraaf ingegaan worden.

Door associatie bepalen de kenmerken, die als tweede type genoemd zijn, deels de houding die de indicatiesteller zal aannemen ten opzichte van de cliënt. Deze houding heeft vervolgens consequenties voor de relatie tussen cliënt en indicatiesteller. Uit diverse onderzoeken is bijvoorbeeld gebleken dat de aantrekkelijkheid van een jeugdige een positieve reactie van anderen uitlokt (onder andere Rost & Schilling, 1997). Van der Wolf (1998) meent dat deze positieve reactie de weerbaarheid tot op zekere hoogte vergroot. Hoewel aantrekkelijkheid een subjectief begrip is, bestaat er een algemeen idee wat wel en wat niet aantrekkelijk is. Ook iemand die warm overkomt door een plezierige, aangename en enthousiaste houding blijkt op alle fronten positiever beoordeeld te worden dan iemand die een rigide, intolerante en wantrouwende houding heeft (Nisbett & Wilson, 1977). Ook dezelfde sociale

achtergrond en een positieve respons van een cliënt zou de beoordeling door de indicatiesteller positief beïnvloeden (Cline, 1985). Het mes snijdt dus aan twee kanten. Iemand die aantrekkelijk is of warm overkomt wordt positief benaderd. Deze benadering lokt weer een positieve reactie van de eerste persoon uit. Deze positieve benadering van beide partijen bepaalt de onderlinge relatie. In de volgende paragraaf wordt aangegeven hoe deze relatie van invloed kan zijn op de te stellen indicatie.

Door in dit onderzoek papieren casussen voor te leggen, ontbreekt de confrontatie tussen indicatiesteller en cliënt, waardoor de (subjectieve) kenmerken van de cliënt geen directe invloed uitoefenen (Heverley, Fitt & Newman, 1984; Murphy e.a., 1986; Rossi & Anderson, 1982; Shapira & Benbenishty, 1993).

4.6 Relatie tussen cliënt en indicatiesteller

In de vorige paragraaf is het belang van de relatie tussen cliënt en indicatiesteller voor de indicatie reeds genoemd. Het is geen eenrichtingverkeer, maar een interactie. De paternalistische visie op deze relatie, die inhoudt dat de indicatiesteller alle beslissingen neemt zonder rekening te houden met het oordeel van de cliënt, is volgens diverse auteurs grotendeels achterhaald (Ballard-Reisch, 1990; Cline, 1985; Dickey & Wagenaar, 1994; Shirk & Saiz, 1992). Het perspectief van de cliënt speelt ook mee (Ballard-Reisch, 1990; Ghesquière, 1998; Hoagwood e.a., 1996). Cliënten hebben geen passieve rol meer in de relatie met de indicatiesteller, maar eisen inspraak in de zorg die ze nodig hebben (Ballard-Reisch, 1990; Hoagwood e.a., 1996; De Ridder, 1991). Hoewel deskundigen er volgens Ghesquière (1998) nog aan moeten wennen, zullen ze steeds meer het perspectief van de ouders en van de jeugdige moeten betrekken bij de beslissingen in het hulpverleningsproces.

Cliënt en indicatiesteller hebben beiden hun inbreng in de relatie. Hun perspectief verschilt echter. Uit onderzoek kwam naar voren dat er discrepanties bestaan in de visie op de problematiek tussen de verschillende betrokkenen, zoals de jeugdige, de ouders, de leerkracht en de indicatiesteller (Achenbach, 1995; Pijnenburg, 1997; Rutter, 1989; Verhulst & Van der Ende, 1997). Enerzijds bleek de zogenaamd objectieve beschrijving van een klinisch syndroom door de indicatiesteller een heel andere te zijn dan de subjectieve beschrijving van de cliënt over hoe hij zich voelt of de beschrijving van de last die het gezin ervaart (Dickey & Wagenaar, 1994). Anderzijds bleken ook de zogenaamde objectieve scores op basis van gestructureerde vragenlijsten, zoals de Child Behavior Checklist (CBCL), verschillende beoordelingen van de problematiek op te leveren (Achenbach, 1995; Pijnenburg, 1997; Verhulst & Van der Ende, 1997). Dit kan volgens Rutter (1989) te wijten zijn aan het feit dat jeugdigen zich in verschillende omgevingen anders gedragen en hun problemen anders tot uiting komen. Shirk en Saiz (1992) bevelen dan ook aan de indicatie te baseren op informatie uit verschillende contexten om een therapeutische relatie op te kunnen bouwen.

Volgens Dickey en Wagenaar (1994) zijn de perspectieven van elk van de

betrokken partijen alle even waardevol; ze geven elk informatie over een ander aspect van de problematiek en over een andere context. Ze zijn niet inwisselbaar.

Vanwege het verschil in perspectief zal het onderzoek zich beperken tot het perspectief van de indicatiesteller, omdat deze uiteindelijk de indicatie stelt.

4.7 Praktische mogelijkheden en onmogelijkheden

In de praktijk blijkt de indicatie vaak af te hangen van praktische mogelijkheden, waar de indicatiesteller niet omheen kan. Onderstaande beschrijving pretendeert geen uitputtende lijst van knelpunten te zijn. De bedoeling van deze paragraaf is slechts om te illustreren hoe praktische mogelijkheden en onmogelijkheden de indicatie kunnen beïnvloeden.

Een groot knelpunt voor de indicatie betreft de *capaciteitsproblemen* bij de instellingen voor jeugdzorg (Faas, 1996; De Haan, 1996; Nijenhuis, 1997). Hierdoor ontstaan wachtlijsten en wachttijden voor cliënten en verlopen noch de instroom (aan de voordeur) noch de uitstroom (aan de achterdeur) soepel (Steketee, Roede & De Savornin Lohman, 1997). Het gebrek aan middelen houdt dit probleem in stand. Door een gebrek aan doorplaatsings- en verwijzingsmogelijkheden kan de continuïteit in de zorg onvoldoende worden gegarandeerd.

Een gevolg van de beperkte capaciteit is dat de indicatie direct afhankelijk is van het aanwezige *zorgaanbod* en niet van de zorg die primair als gepast beschouwd wordt (Faas, 1996; Bonke & de Wilde, 1997). Als een tehuisplaatsing geïndiceerd is, zal het afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van instellingen in de regio én van het aantal openstaande plaatsen binnen deze instellingen, of de jeugdige ook daadwerkelijk terecht kan en bij welke instelling dit zal zijn. Op het moment van de dataverzameling voor dit onderzoek was er nog geen acceptatieplicht bij alle jeugdzorginstellingen, die de verantwoordelijkheid voor en de continuïteit van de zorg regelt. Dit had met name gevolgen voor de zogenaamd 'moeilijke' gevallen, die van de ene naar de andere instelling verwezen worden.

Een ander knelpunt is de overlap in zorgaanbod tussen instellingen. Door het gebrek aan duidelijke profilering is het noch voor verwijzers noch voor ouders en jeugdigen *voldoende duidelijk* waar ze moeten zijn voor hulp en wie beslist over de te verlenen hulp. Bovendien is er een grote differentiatie in disciplines en specialismen bij de instellingen. Sommige instellingen zijn multidisciplinair, andere zijn monodisciplinair. Een cruciale vraag bij de indicatie kan dan zijn of de discipline in de instelling aanwezig is die de gepaste zorg zou moeten verlenen.

Tot slot is de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het beleid van de jeugdzorg een knelpunt. Voor alle jeugdzorgsectoren (jeugdbescherming, jeugdhulpverlening en jeugd-geestelijke gezondheidszorg) ligt de eindverantwoordelijkheid voor het beleid op landelijk niveau. Het Ministerie van Justitie is verantwoordelijk

voor het beleid in de jeugdbescherming, terwijl het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de beleidsverantwoordelijkheid draagt voor de jeugdhulpverlening en (via de AWBZ-financiering) voor de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het beleid verschilt echter per sector. De financiële verantwoordelijkheid voor de (sector) jeugdhulpverlening is gedelegeerd naar de provincies en de drie grote steden, waardoor ook de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het beleid op regionaal niveau is komen te liggen. Voor de andere twee sectoren ligt deze bij de betreffende ministeries op landelijk niveau. Door het verschil in organisatie van verantwoordelijkheden moeten indicatiestellers nog steeds rekening houden met de sector, die de gepaste zorg dient te verlenen. Dit knelpunt maakt een gezamenlijk jeugdzorgbeleid moeizaam te verwezenlijken.

Door zowel knelpunten in de organisatie van de jeugdzorg op landelijk en regionaal niveau (macroniveau) en op het niveau van de instellingen (mesoniveau), als door knelpunten op het niveau van de individuele indicatiesteller (microniveau) is de indicatie in de praktijk mede gebaseerd op andere factoren dan de problematiek: waar is toevallig plaats, welke instelling in de regio heeft de kortste wachttijd, welke deskundige(n) kent de indicatiesteller of is er in de regio bijvoorbeeld een therapeut werkzaam, die veel ervaring heeft met kleuters. Door de invoering van de Bureaus Jeugdzorg is getracht deze knelpunten op te lossen. Tijdens de dataverzameling van dit onderzoek was de ontwikkeling van de Bureaus Jeugdzorg nog in een zeer pril stadium en konden de genoemde knelpunten de te stellen indicatie in de praktijk in ieder geval nog beïnvloeden. Bij de keuze van de meest gepaste zorg dienen ze echter in principe buiten beschouwing te blijven. Om inzicht te verwerven in deze principiële keuze van gepaste zorg moest de beoordeling in dit onderzoek los komen te staan van praktische mogelijkheden en onmogelijkheden.

4.8 Consequenties voor onderzoek naar indicaties in de jeugdzorg

In het eerste hoofdstuk is aangegeven dat dit onderzoek inzicht wil geven in indicaties, waarbij indicatiestellers de keuze van de zorg geheel baseren op de problematiek. De probleemkenmerken relevant voor deze keuze zijn in hoofdstuk 3 beschreven. In de voorgaande paragrafen is ingegaan op diverse factoren die, naast de kenmerken van de problematiek, de indicatie kunnen beïnvloeden. In deze paragraaf wordt beschreven op welke manier met de beschreven factoren rekening gehouden is bij de opzet van dit onderzoek.

Ten eerste gaat het bij de indicatiestelling om een complex probleem. Om inzicht in dit complexe probleem te krijgen, is in dit onderzoek ook een complex probleem voorgelegd. Als de problematiek gesimplificeerd zou worden, zou het gevaar bestaan dat belangrijke factoren die de beslissing beïnvloeden over het hoofd gezien of niet op de juiste waarde geschat zouden worden. In het onderzoek is zoveel mogelijk zekerheid ingebouwd door een duidelijke structuur. Dit is gebeurd door de vraag die voorgelegd is aan de indicatiestellers zoveel mogelijk te structure-

ren. De opdracht diende duidelijk te zijn. Bovendien moest de informatie die ter beoordeling is aangeboden, goed gestructureerd zijn. Volgens De Ridder (1992) is het bedenken van de gepaste zorg niet het probleem, maar het structureren van de situatie. In het onderzoek is daartoe gebruik gemaakt van vignetten, waarin probleemsituaties op de relevante probleemkenmerken systematisch gevarieerd zijn.

Gezien de verwerkingsmechanismen van de indicatiesteller volstond beknopte informatie in de vorm van een korte beschrijving van problematiek. De informatie diende levendig te zijn, maar niet suggestief. Een duidelijke vraagstelling in het onderzoek zou voorkomen dat alle zorgactiviteiten als gepast beschouwd zouden worden en zou het risico op slecht differentiërende gegevens verkleinen.

De invloed van de achtergrondkenmerken van de indicatiesteller (ervaring, discipline en functie) is in het onderzoek nagegaan. Ook kenmerken van de instelling kunnen van belang zijn voor de indicatie, maar de verwachting was dat door veel verschillende instellingen in het onderzoek te betrekken, het effect uitgemiddeld zou worden. Alleen de invloed van de sector waarin de indicatiesteller werkt is onderzocht.

Door papieren casussen voor te leggen, ontbrak de confrontatie tussen indicatiesteller en cliënt, waardoor de (subjectieve) kenmerken van de cliënt geen directe invloed uitoefenen.

Hoewel zowel het perspectief van de cliënt als van de indicatiesteller waardevol is, is gekozen voor het perspectief van de indicatiesteller, omdat deze uiteindelijk de indicatie stelt. Tussen indicatiestellers zal er in de praktijk nooit volledige overeenstemming zijn over de indicatie. Er zal altijd enige variatie zijn. In een onderzoek naar indicaties en de relevante factoren die op deze beslissing invloed uitoefenen, zal deze overeenstemming ook nooit volledig kunnen zijn. De vraag aan de respondenten diende wel zo gesteld te worden dat de overeenstemming niet kleiner zou worden dan in de praktijk.

Tot slot diende de invloed van praktische mogelijkheden en onmogelijkheden uitgeschakeld te worden in het onderzoek door gepaste zorg los hiervan te laten bepalen.

4.9 Samenvatting

Binnen het hulpverleningsproces vormt de indicatie een cruciale beslissing, omdat hierin aangegeven wordt wat de problematiek is en welke zorg gepast is. In de literatuur is gezocht naar de factoren, die de indicatie kunnen beïnvloeden. De relevante kenmerken van de problematiek zijn in hoofdstuk 3 beschreven. In dit hoofdstuk zijn andere factoren, die in de praktijk eveneens van invloed kunnen zijn op de indicatie, op een rij gezet. Met deze factoren is bij de opzet van dit onderzoek rekening gehouden. Ze hebben mede geleid tot de keuze voor de vignettenmethode.

Bij de indicatie gaat het om een complexe beslissing, die indicatiestellers pas kunnen nemen als ze de informatie binnen een context geplaatst hebben. Indicatiestellers bedenken meerdere scenario's en gaan daarmee door, totdat alle puzzelstukjes op hun plaats vallen. Het is een beslissing waarbij veel onzekerheden mee-

spelen. De indicatie is het resultaat van een quasi-rationeel besluitvormingsproces. Dit wil zeggen dat de beslissing niet alleen op rationele gronden genomen wordt, maar dat ook normatieve aspecten de beoordeling kunnen beïnvloeden.

Bij gebrek aan empirisch materiaal en door alle onzekerheden waarmee de indicatiesteller bij zijn beslissing te maken heeft, kan het resultaat nooit maximaal zijn, maar moeten indicatiestellers zich noodgedwongen neerleggen bij een sub-optimale beslissing.

Ook kenmerken van de indicatiesteller spelen een rol. De begrensde rationele mogelijkheden van een beoordelaar maken dat er een limiet is aan de informatie die iemand kan opnemen, waardoor deze noodgedwongen verwerkingsmechanismen gebruikt. Om complexe situaties te kunnen beoordelen bedenkt de indicatiesteller op basis van associatie van eerdere ervaringen een plot of scenario. Indicatiestellers kunnen op basis van beknopte informatie een oordeel vormen. Zij proberen tot een zogenaamd waar positief of waar negatief oordeel te komen. In de praktijk nemen zij het risico dat zij meer mensen voor zorg indiceren dan strikt nodig is (vals positief oordeel) om te voorkomen dat cliënten die hulp behoeven, beoordeeld worden als niet hulpbehoevend (vals negatief oordeel).

Werkervaring, functie, discipline én sector waarin de indicatiesteller werkt vormen grotendeels zijn referentiekader. Deze kunnen de indicatie beïnvloeden. Kenmerken van de cliënt, zoals bescheidenheid, agressiviteit of slechte lichamelijke verzorging en praktische mogelijkheden en onmogelijkheden door het beleid of knelpunten in de jeugdzorg kunnen hierop eveneens invloed uitoefenen.

Door gebruik te maken van de vignettenmethode oefenden de genoemde factoren in het onderzoek geen invloed uit op de indicatie. Een uitzondering daarop vormden de kenmerken die het referentiekader van de indicatiesteller bepalen. Om deze reden is in het onderzoek ook onderzocht in hoeverre werkervaring, functie en discipline van de indicatiesteller én de sector waarin hij werkt samenhangen met de keuze van de zorg.

5 Beschrijving van de onderzoeksvariabelen

'Tja,' zei Uil, 'de gebruikelijke procedure in zulke zaken is als volgt:'

'Wat betekent Gebruikte Proos en Duren?' vroeg Poeh, 'want ik ben maar een Beer met Weinig Hersens en met moeilijke woorden kom ik moeilijk uit de voeten.'

'Het wil zeggen: wat er gedaan moet worden.'

(Milne, 1926/1958, p. 46)

5.1 Inleiding

In de voorgaande vier hoofdstukken zijn opzet en achtergrond van het onderzoek geschetst. Doel van het onderzoek was om te achterhalen op welke kenmerken van de problematiek indicatiestellers de keuze van de zorg baseren, als ze hun beslissing los van praktische mogelijkheden en onmogelijkheden kunnen nemen. Op de volgende vragen wordt in dit onderzoek een antwoord gezocht (zie paragraaf 2.6):

1. *Welke kenmerken in de problematiek van jeugdigen dragen significant bij aan de keuze van de zorgactiviteit, die indicatiestellers gepast vinden?*
2. *Welke combinaties van zorgactiviteiten zijn te onderscheiden?*
3. *Welke kenmerken in de problematiek van jeugdigen dragen significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die indicatiestellers gepast vinden?*
4. *In hoeverre dragen de ernst en de complexiteit van de problematiek significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die indicatiestellers gepast vinden?*
5. *In hoeverre dragen kenmerken van de indicatiestellers (functie, discipline, werkervaring en sector) significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die zij gepast vinden?*

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvariabelen, waarop deze vragen gebaseerd zijn, beschreven. De probleemkenmerken, de ernst en complexiteit van de problematiek en de kenmerken van de indicatiestellers zijn de onafhankelijke variabelen in het onderzoek. De zorgactiviteiten en combinaties van zorgactiviteiten vormen de afhankelijke variabelen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de operationalisatie van alle onafhankelijke variabelen en van de afzonderlijke zorgactiviteiten. Hoe de zorgcombinaties geconstrueerd zijn, komt uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 7.

Als eerste wordt in paragraaf 5.2 beschreven hoe de respondenten benaderd zijn, zodat duidelijk is tegen welke achtergrond de onderzoeksgroep geplaatst moet worden. In het voorjaar van 1996 zijn alle instellingen voor jeugdzorg in Nederland benaderd voor deelname aan het onderzoek. Deze instellingen hebben niet alle deelgenomen aan het onderzoek. In paragraaf 5.3 is aangegeven hoe hoog de respons van de jeugdzorginstellingen was.

Na de beschrijving van de deelnemende jeugdzorginstellingen wordt aangegeven hoe de verschillende variabelen in het onderzoek zijn verwerkt. Als eerste komen in paragraaf 5.4 de verschillende groepen onafhankelijke variabelen aan de orde. Primair was het onderzoek op de kenmerken van de problematiek van jeugdigen en hun ouders gericht. Van de veertien probleemkenmerken, waaruit de casussen zijn opgebouwd, zijn dummyvariabelen gemaakt. Dit wordt in paragraaf 5.4.1 beschreven.

Uit de literatuur bleek dat de complexiteit en ernst van de problematiek mogelijk nog belangrijker zijn voor de indicatie dan de aard van de problemen. Om de samenhang tussen ernst van de problematiek en de gepaste zorg na te gaan is onderzoeksvraag 4 geformuleerd. In paragraaf 5.4.2 staat beschreven hoe met de probleemkenmerken een aantal samengestelde variabelen voor de ernst en complexiteit van de problematiek geconstrueerd is.

Elke jeugdzorginstelling is verzocht om twee medewerkers een vragenlijst te laten invullen. In paragraaf 5.4.3 worden enkele achtergrondkenmerken van de respondenten in het onderzoek beschreven. Deze zijn van belang voor beantwoording van onderzoeksvraag 5.

De respondenten vormden niet de analyse-eenheden in het onderzoek, maar de gestelde indicaties, dat wil zeggen de beoordelingen van de gepaste zorg bij elke casus door de respondenten. In paragraaf 5.5 wordt behalve op het aantal gestelde indicaties ook ingegaan op het aantal beoordelaars en beoordelingen in het onderzoek.

De 44 zorgactiviteiten, die het zorgaanbod vormden, waren de afhankelijke variabelen in het onderzoek. Dit geldt ook voor de combinaties van zorgactiviteiten, die in hoofdstuk 7 beschreven worden. In paragraaf 5.6.1 wordt een frequentieverdeling gegeven van de beoordelingen van zorgactiviteiten op gepastheid. Bovendien wordt ingegaan op de open antwoordcategorieën, waarvan de respondenten gebruik konden maken.

Voorafgaand aan de analyses ter beantwoording van de onderzoeksvragen zijn twee controles van de gegevens uitgevoerd. In een inhoudelijke controle is bepaald in hoeverre de indicatiestellers overeenstemden in de beoordeling van de gepaste zorg. Deze eerste controle om te bepalen of nadere analyse verantwoord was, staat in paragraaf 5.6.2 beschreven.

In een tweede controle is nagegaan op welke gegevens nadere analyse verantwoord was. Gecontroleerd is of de gegevens aan een aantal basale voorwaarden voor analyse voldeden. Hiertoe is onderzocht hoe vaak de zorgactiviteiten in totaal als gepast beschouwd werden en in hoeverre de beoordeling van elke zorgactiviteit op gepastheid differentieerde naar casus. In paragraaf 5.6.3 wordt op deze tweede controle ingegaan.

In paragraaf 5.7 volgt een samenvatting van dit hoofdstuk.

5.2 Benadering van de jeugdzorginstellingen

De vragenlijst is uitgezet onder hulpverleners van alle ambulante en (semi)residen-

tiële jeugdzorginstellingen in Nederland. Het oorspronkelijk adressenbestand, dat afkomstig was van de Stichting Registratie Jeugdvoorzieningen (SRJV), de Gids voor geestelijke gezondheidszorg (Van der Wilt e.a., 1994) en het Ministerie van Justitie (DJI), bestond uit 335 instellingen.

In het voorjaar van 1996 ontving elke instelling twee vragenlijsten met toelichting en retourenveloppen. De RIAGG's kregen bovendien een aanbevelingsbrief van hun koepelorganisatie, de NVAGG, voor deelname aan het onderzoek. De begeleidende brief met uitleg over doel en opzet van het onderzoek was gericht aan de directie. In deze brief stond het verzoek om de vragenlijsten te laten invullen door twee hulpverleners binnen de instelling. De betreffende hulpverleners dienden minimaal drie jaar ervaring te hebben en een centrale functie in te nemen bij de intake, diagnostiek, indicatiestelling en/of zorgtoewijzing. Het stond de directie vrij om de vragenlijst te kopiëren en door meer dan twee personen in te laten vullen als deze vond dat de beoordelingen door twee hulpverleners geen volledige afspiegeling vormden van de wijze van indiceren binnen de instelling. Er konden ook extra vragenlijsten worden opgevraagd bij beide onderzoekers, die destijds het grensvlakonderzoek verricht hebben.

Na drie weken ontvingen de instellingen die de vragenlijst nog niet hadden geretourneerd een schriftelijke herinnering. Na het verstrijken van de uiterste inzendtermijn was het responspercentage enigszins teleurstellend, namelijk 45%. Bovendien was het percentage instellingen dat gereageerd had op het onderzoek per sector nogal verschillend. GGZ-instellingen hadden aanzienlijk meer vragenlijsten ingevuld dan instellingen uit de andere sectoren. Het inlassen van een telefonische ronde om enerzijds de respons onder met name jeugdhulpverlenings- en jeugdbeschermingsinstellingen te verhogen en anderzijds om de redenen van non-respons te achterhalen, bleek een extra inspanning, die werd beloond. De respons was uiteindelijk 61% en betrof 181 instellingen. Meer gegevens over de respons staan in de volgende paragraaf.

5.3 Respons van de benaderde instellingen

Oorspronkelijk bestond het verzendbestand uit 335 instellingen. Veel instellingen bleken echter sinds de laatste bestandsopmaak te zijn gefuseerd. Daarnaast stonden in het adressenbestand instellingen vermeld die geen hulp verleenden aan jeugdigen en om die reden afzagen van medewerking. Het ging met name om instellingen voor spel- en opvoedingsvoorlichting en om de FIOM-huizen die hun hulp niet expliciet op jeugdigen richten, maar op (jonge) ongehuwde moeders. In totaal vielen er om deze redenen 37 instellingen af. Het totaal aantal terecht benaderde instellingen voor jeugd-GGZ, jeugdhulpverlening en jeugdbescherming was 298 (zie tabel 5.1).

Van deze 298 instellingen stuurden er 181 (61%) één of twee vragenlijsten terug. De tussentijds ingelaste telefonische ronde om de respons te verhogen, gaf enig inzicht in de redenen om *niet* deel te nemen aan het onderzoek (zie tabel 1 in bijlage 3). Sommige instellingen verkeerden op het moment van benadering midden

in een fusieproces, waardoor meedoen aan het onderzoek niet tot de prioriteiten behoorde. Bij een paar instellingen hanteerde men een 'onderzoeksstop' vanwege drukke werkzaamheden. Twintig instellingen hadden het gewoon 'te druk'. Bij een paar instellingen was de meest aangewezen persoon om de vragenlijst in te vullen 'ziek' en bij de overige, het gros van de instellingen die afvielen, 'zou men kijken wat men kon doen'.

Tabel 5.1: Respons van de benaderde instellingen in het onderzoek, in aantal en percentage

<i>Instellingen voor jeugdzorg</i>	<i>Benaderd</i>	<i>Uitval</i>	<i>Deelname</i>	<i>Respons</i>
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Geestelijke gezondheidszorg	88	22	66	75
Jeugdhulpverlening	159	65	94	59
Sociaal Pedagogische Dienst	12	2	10	83
Medisch kleuterdagverblijf, Medisch kindertehuis, Therapeutische gezinsverpleging	30	10	20	67
Overige jeugdhulpverlening	117	53	64	55
Jeugdbescherming	26	16	10	39
Multifunctionele organisatie voor jeugdzorg (MFO)	15	10	5	33
Algemeen maatschappelijk werk	10	4	6	60
<i>Totaal</i>	<i>298</i>	<i>117</i>	<i>181</i>	<i>61</i>

De respons verschilde per sector. De hoogste respons kwam van jeugd-GGZ-instellingen, de Sociaal Pedagogische Diensten, Medische Kleuterdagverblijven en Medische Kindertehuizen. Daarna volgden de instellingen voor jeugdhulpverlening en voor Algemeen Maatschappelijk Werk met 59% en 60%. De respons van de jeugdbescherming en multifunctionele organisaties voor jeugdzorg was relatief laag, 39% en 33%.

Iets meer dan de helft van de instellingen (92) retourneerde twee vragenlijsten, de andere helft volstond met het invullen van één vragenlijst. In totaal hebben 273 hulpverleners van 181 verschillende instellingen zich over de casussen gebogen. Tabel 2 in bijlage 3 is een overzicht van alle instellingen, waarbij deze respondenten werkzaam waren.

Voorafgaand aan de verzending zijn de acht vragenlijstvarianten (zie paragraaf 2.5) systematisch verdeeld over alle te benaderen instellingen. Welke variant elke instelling ontving is door het toeval bepaald. Gecontroleerd is of de uitval consequenties had voor de verdeling van de vragenlijstvarianten over de onderzoeksgroep. Dit was niet het geval. De vragenlijstvarianten waren gelijk verdeeld over de deelnemende instellingen en de instellingen die afgefallen zijn ($\chi^2=4,2$; $df=7$; $p=.76$).

5.4 Onafhankelijke variabelen

In het onderzoek zijn drie groepen onafhankelijke variabelen onderzocht op hun samenhang met de gepaste zorg. Het betreft de kenmerken van de problematiek

van jeugdigen en hun ouders, de ernst en de complexiteit van de problematiek en de kenmerken van de indicatiesteller. Hoe elk van deze groepen variabelen in het onderzoek geoperationaliseerd is, zal in deze paragraaf achtereenvolgens besproken worden.

5.4.1 Probleemkenmerken

De veertien probleemkenmerken, die op basis van de literatuur geselecteerd zijn om inzicht te krijgen in de samenhang tussen de aard van de problematiek en de gepaste zorg (zie paragraaf 2.4), zijn in het onderzoek behandeld als nominale variabelen. In de categorieën: 'geen', 'licht', 'ernstig' van de probleemkenmerken lichamelijke, cognitieve, emotionele en sociale problemen zit weliswaar een rangorde. Om deze reden kunnen de variabelen als ordinaal beschouwd worden. De samenhang met de zorgactiviteiten of zorgcombinaties hoeft echter geenszins lineair te zijn. Bij de lichte vorm van een bepaald probleem kan heel andere zorg geïndiceerd zijn dan bij de ernstige vorm van hetzelfde soort probleem. Om ook de niet-lineaire verbanden te achterhalen zijn de probleemkenmerken met drie categorieën elk gehercodeerd tot twee dummy-variabelen. De variabelen voor de lichamelijke, cognitieve, emotionele en sociale problemen zijn elk omgezet in één dichotome variabele voor de aan- of afwezigheid van lichte problematiek en één voor die van ernstige problematiek. Voor de opvoedingscapaciteiten van de ouders is één variabele voor de aan- of afwezigheid van onvoldoende capaciteiten gecreëerd en één voor de aan- of afwezigheid van spankracht. Voor de duur van de problematiek zijn eveneens twee dichotome variabelen geconstrueerd, één voor wel of geen middellange van duur van 3 maanden tot een jaar en één voor wel of geen lange duur van minimaal een jaar.

5.4.2 Complexiteit en ernst van de problematiek

Uit het literatuuronderzoek kwam naar voren dat de ernst van de problematiek mogelijk nog belangrijker is voor de te stellen indicatie dan de afzonderlijke probleemkenmerken (zie hoofdstuk 3). Om deze reden is in het onderzoek ook de samenhang tussen ernst en gepaste zorg onderzocht (onderzoeksvraag 4). Hiertoe is behalve voor de ernst ook een aantal verschillende variabelen voor de complexiteit van de problematiek geconstrueerd (zie tabel 5.2).

Er zijn variabelen samengesteld voor de afzonderlijke terreinen waarop problemen zich kunnen voordoen. Een van deze samengestelde variabelen heeft betrekking op het aantal ontwikkelingsproblemen bij de jeugdige. Het aantal ontwikkelingsproblemen per casus varieerde van 1 tot 4. Ook is het aantal problemen in de thuis-situatie nagegaan. Dit varieerde tussen de casussen van 0 tot 4. In de casussen deed zich op ten minste één van de levensterreinen (thuis, op school, in de vrije tijd) een probleem voor. Het maximum aantal levensterreinen waarop zich problemen kunnen voordoen, was 3. Ook voor het aantal protectieve factoren is een nieuwe variabele samengesteld. Het aantal per casus varieerde van 0 tot 3.

Tabel 5.2: Overzicht van de variabelen voor complexiteit en ernst van de problematiek met de probleemkenmerken, waaruit elk van deze variabelen is samengesteld, de gemiddelde score op basis van de 32 vignetten, de bijbehorende standaardafwijking (sd) en de minimale en maximale score per variabele

<i>Variabelen voor complexiteit en ernst van de problematiek</i>	<i>Probleemkenmerk*</i>	<i>Gemiddelde score</i>	<i>sd</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Aantal ontwikkelingsproblemen jeugdige	aantal probleemkenmerken 1 t/m 4	3	0,88	1	4
Aantal problemen thuis	aantal probleemkenmerken 7 t/m 10	2	1,02	0	4
Aantal levensterreinen	aantal problemen thuis (7 t/m 10), op school (5) en in de vrije tijd (6)	1,9	0,76	1	3
Aantal beschermende factoren	aantal probleemkenmerken 10 t/m 12	1,3	0,84	0	3
Totaal aantal problemen	aantal probleemkenmerken 1 t/m 10	6	1,52	3	10
Ernst	gewogen som van alle 14 probleemkenmerken	11	2,51	7	17

* Tussen haakjes staat het nummer van het probleemkenmerk volgens de lijst in paragraaf 2.3.1.

Verder is er een variabele voor de complexiteit van de hele problematiek geconstrueerd door alle aanwezige problemen op te tellen. Het minimum aantal problemen in de casussen was 3 en het maximum 10. Voor de ernst van de problematiek is de gewogen som van alle probleemkenmerken genomen. Dit houdt in dat een ernstig probleem, bijvoorbeeld een ernstig cognitief probleem, zwaarder meetelde dan een licht (cognitief) probleem. De gewogen som voor de ernst van de problematiek in de casussen varieerde van 7 tot 17.

Voor elk vignet zijn de scores van alle variabelen voor complexiteit en ernst van de problematiek berekend. In tabel 5.2 is aangegeven op welke probleemkenmerken elk van deze variabelen gebaseerd is, wat de gemiddelde score is, welke standaardafwijking daarbij hoort en welke de minimale en welke de maximale score is. Hierbij wordt er nadrukkelijk op gewezen dat de scores betrekking hebben op de wijze waarop de probleemkenmerken door de onderzoekers zijn verdeeld over de vignetten. Ze staan los van de beoordelingen door de respondenten.

5.4.3 Kenmerken van de respondenten

De vragenlijsten van het vignettenonderzoek zijn in principe ingevuld door medewerkers van instellingen voor jeugdzorg met een centrale functie op het gebied van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en/of diagnostiek. In totaal hebben 273 personen een vragenlijst ingevuld. Van hen hadden er drie de vragenlijst erg onvolledig ingevuld. Hun gegevens zijn niet in het onderzoek betrokken.

De onderzoeksgroep bestond dus uit 270 respondenten. De verschillende vragenlijstvarianten zijn door ongeveer evenveel respondenten ingevuld. Elke variant is gemiddeld door 34 personen ingevuld (zie tabel 3 in bijlage 3). Elke casus kwam in twee opeenvolgende varianten voor en is dus gemiddeld door 68 personen beoordeeld.

Ruim een derde van de respondenten werkte op het moment van het onderzoek in een GGZ-instelling (38%), dat wil zeggen in een RIAGG of in een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling (zie tabel 5.3). Iets meer dan de helft werkte in de jeugdhulpverlening (51%). Werknemers in de jeugdbeschermingssector maakten een veel kleiner deel uit van de onderzoeksgroep (6%). De overige respondenten werkten deels in een instelling voor Algemeen Maatschappelijk Werk, die zich ook met de hulp aan jeugdigen bezighoudt, en deels in multifunctionele organisaties voor jeugdzorg. Deze multifunctionele organisaties kunnen tot verschillende sectoren behoren en over zowel residentiële als ambulante voorziening en/of dagbehandelingsvoorzieningen beschikken.

Tabel 5.3: Respondenten en indicaties naar soort instelling in het onderzoek, in aantal en percentage

Instelling voor jeugdzorg	Respondenten		Indicaties	
	N	%*	N	%*
Geestelijke gezondheidszorg	102	38	816	38
Jeugdhulpverlening	147	51	1065	51
Sociaal Pedagogische Dienst	15	6	119	6
Medisch kleuterdagverblijf, Medisch kindertehuis, Therapeutische gezinsverpleging	30	11	239	11
Overige jeugdhulpverlening	92	34	727	34
Jeugdbescherming	15	6	120	6
Multifunctionele organisatie voor jeugdzorg (MFO)	6	2	48	2
Algemeen maatschappelijk werk	10	4	80	4
Totaal	270	100	2149	100

* door afronding is het totaalpercentage niet precies 100.

De respondenten is gevraagd of ze in een ambulante instelling werkten, een instelling voor dagbehandeling of in een residentiële hulpverleningsinstelling (zie tabel 2 in bijlage 3). Iets minder dan de helft (45%) werkte in een instelling, die alleen ambulante hulp verleende. Daarnaast werkte 25% in een residentiële instelling. Het percentage respondenten uit instellingen voor dagbehandeling lag lager (13%). Dit kwam overeen met de verhouding tussen het aantal dagbehandelingsplaatsen en het aantal residentiële plaatsen in 1996 in Nederland, namelijk 1 : 2 (Berben e.a., 1997a). Verder gaf 14% van de respondenten aan dat de instelling een combinatie van de genoemde mogelijkheden bood, dus zowel residentiële als ambulante zorg of dagbehandeling.

Tabel 5.4: Omschreven functie van de respondenten, in aantal en percentage

<i>Functie</i>	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Leidinggevend	97	36
Afdelingshoofd, uniteider	52	19
Projectcoördinator	34	13
Directeur, chef de clinique	11	4
Diagnostisch, hulpverlenend, behandelend	167	62
Behandelaar, hulpverlener	101	37
Gedragswetenschapper	38	14
Kinder- en jeugdpsychiater	18	7
Aanmeldingsfunctionaris, psychodiagnosticus, psychologisch assistent, bemiddelaar plaatsingen	6	2
(Kinder)arts	4	2
Onbekend	6	2
<i>Totaal</i>	<i>270</i>	<i>100</i>

De respondenten hebben ook aangegeven welke functie ze uitoefenden. Het grootste deel van de respondenten had een diagnostische, hulpverlenende en/of behandelende functie (62%). Een leidinggevende functie als directeur, afdelingshoofd of projectcoördinator oefende 36% van de respondenten uit, vaak in combinatie met een functie als hulpverlener of behandelaar. De verdeling van de functies zoals deze door de respondenten genoemd zijn, staat in tabel 5.4.

Tabel 5.5: Discipline van de respondenten, in aantal en percentage

<i>Discipline</i>	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Pedagoog	60	22
Maatschappelijk werkende	58	22
Psycholoog	49	18
Kinder- en jeugdpsychiater	37	14
Psychotherapeut	28	10
Gezinstherapeut	13	5
(Kinder)arts	6	2
Overig	14	5
Onbekend	5	2
<i>Totaal</i>	<i>270</i>	<i>100</i>

Alle door de respondenten genoemde functies werden uitgeoefend door respondenten met verschillende disciplines. In tabel 5.5 is de verdeling van de disciplines van de respondenten aangegeven. Uit de tabel komt naar voren dat de groep respondenten voornamelijk bestond uit (ortho)pedagogen (22%), maatschappelijk werkenden (22%), psychologen (18%) en kinder- en jeugdpsychiaters (14%). Ook psychotherapeuten (10%), gezinstherapeuten (5%) en enkele (kinder)artsen (2%) namen deel aan het onderzoek. De groep overige disciplines bestond onder andere uit sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, sociaal pedagogische hulpverleners en

vaktherapeuten.

De deelnemers aan het onderzoek beschikten over een ruime werkervaring. Deze varieerde van 1 tot 39 jaar. Gemiddeld werkten de respondenten 13,9 jaar ($sd=7,3$) in de jeugdzorg. Twee derde van de groep had minimaal 10 jaar ervaring. De gegevens zijn dan ook gebaseerd op het deskundig oordeel van professionals uit het veld. Een klein percentage (4%) voldeed niet strikt aan de gestelde eis van minimaal drie jaar ervaring. Hieraan zijn geen consequenties verbonden.

5.5 Analyse-eenheden

Niet de respondenten, maar de beoordelingen door de respondenten van de gepaste zorg vormden de eenheden voor de analyse. In dit onderzoek worden hiertoe de begrippen *indicatie*, *beoordelaar* en *beoordeling* gebruikt. Een korte toelichting zal het onderscheid tussen de begrippen verduidelijken.

Aan alle respondenten zijn acht casussen voorgelegd. Bij elke casus dienden de respondenten aan te geven welke zorgactiviteiten ze gepast vonden. Het geheel aan zorgactiviteiten dat een beoordelaar bij een bepaalde casus gepast achtte kan gezien worden als een *indicatie*. Elke respondent stelde dus bij elke voorgelegde casus een indicatie. Voor elke gestelde indicatie is een respondent als *beoordelaar* geteld. Elke respondent kon dus in principe acht maal meetellen als beoordelaar. Het aantal beoordelaars is gelijk aan het aantal gestelde *indicaties*. De beoordelaar is de persoon en de indicatie is de beslissing over het geheel aan gepaste zorg. De *beoordeling* heeft betrekking op de keuze voor de afzonderlijke zorgactiviteiten. Omdat de beoordelaars telkens alle 44 zorgactiviteiten op gepastheid dienden te beoordelen en bij elke groep zorgactiviteiten een antwoord konden toevoegen, bestaat elke indicatie uit 49 beoordelingen.

Alleen de gegevens van zogenaamd volledige indicaties zijn opgenomen in het onderzoek. Een volledige indicatie houdt in dat bij een casus alle zorgactiviteiten op gepastheid beoordeeld zijn. Van de 270 respondenten had niet iedereen alle acht casussen in de vragenlijst volledig beoordeeld. Er zat geen systematische uitval in de data. Soms was één van de casussen om welke reden dan ook niet ingevuld. In sommige vragenlijsten waren alleen de zorgactiviteiten met betrekking tot de diagnostiek ingevuld; soms was één van de soorten zorg (bijvoorbeeld verblijf) slechts voor een deel of helemaal niet ingevuld. In een enkel geval was een pagina overgeslagen of ontbrak een deel van de vragenlijst.

Als alle vragenlijsten volledig ingevuld zouden zijn geweest, zou het onderzoeksmateriaal hebben bestaan uit de gestelde indicaties van $270 \times 8 = 2160$ beoordelaars. Bij 11 indicaties ontbraken gegevens, zodat in dit onderzoek de beoordelingen van 2149 beoordelaars zijn opgenomen. In paragraaf 5.6 wordt nader ingegaan op deze beoordelingen. Aangegeven is welke gegevens na controle van het onderzoeksmateriaal uiteindelijk geanalyseerd zijn.

5.6 Afhankelijke variabelen

De respondenten moesten bij elke casus in het onderzoek aangeven welke zorgactiviteiten zij gepast vonden. In paragraaf 5.6.1 wordt kort de frequentieverdeling van de zorgactiviteiten die de indicatiestellers gepast vonden beschreven.

De beoordelingen van de gepaste zorgactiviteiten zijn geanalyseerd op hun samenhang met de probleemkenmerken. De resultaten worden in de hoofdstukken 6 en 7 beschreven. Voorafgaand aan de analyses ter beantwoording van de onderzoeksvragen, is het databestand op twee verschillende manieren gecontroleerd. Uitgangspunt van het onderzoek was dat de indicatiestellers in zekere mate zouden overeenstemmen over de gepaste zorg. Als eerste controle op het onderzoeksmateriaal is deze veronderstelling gecheckt. In paragraaf 5.6.2 is deze inhoudelijke controle beschreven.

Behalve een controle op inhoudelijke gronden is ook gecontroleerd in hoeverre de gegevens aan de voorwaarden voor analyse voldeden. Bij kleine aantallen zijn complexe analyses immers niet verantwoord. Beoordelingen van zorgactiviteiten die niet differentiëren naar problematiek hoeven evenmin nader geanalyseerd te worden, omdat verdere analyse geen extra informatie oplevert over de samenhang tussen probleemkenmerken en gepaste zorgactiviteiten. De onderzoekstechnische controle om te bepalen op welke gegevens nadere analyse verantwoord was, is beschreven in paragraaf 5.6.3.

5.6.1 Frequentieverdeling van gepaste zorgactiviteiten

Bij elke casus heeft elke beoordelaar alle zorgactiviteiten op gepastheid beoordeeld. Vooraf was onbekend of alle zorgactiviteiten, bij een evenwichtige verdeling van probleemkenmerken, even vaak genoemd zouden worden. In deze paragraaf wordt de frequentieverdeling van de beoordelingen beschreven. In tabel 5.6 staat hoe vaak de beoordelaars de verschillende zorgactiviteiten noemden. De tabel heeft alleen betrekking op de beoordelingen, waarin een zorgactiviteit gepast genoemd is. Bovendien gaat het om het totaal aantal van deze beoordelingen, niet uitgesplitst naar casus of probleemkenmerk. Met deze gegevens kan dus geen verband gelegd worden met de probleemkenmerken. Ze geven alleen aan welke zorgactiviteiten relatief vaak en welke minder vaak genoemd zijn.

In de tabel staan twee verschillende percentages vermeld. Het eerste percentage heeft betrekking op de beoordelingen, waarin de zorgactiviteiten genoemd zijn. Het geeft de onderlinge verhoudingen aan tussen de zorgactiviteiten die als gepast beschouwd werden. Het tweede percentage geeft het percentage beoordelaars aan dat de betreffende zorgactiviteit als gepast beschouwde.

Tabel 5.6: *Overzicht van het aantal keer dat elke zorgactiviteiten gepast genoemd is, het percentage van de beoordelingen, waarin een zorgactiviteit gepast genoemd is (n=16768) en het percentage beoordelaars (n=2149).*

<i>Zorgactiviteit</i>	<i>Aantal beoorde- lingen gepast</i>	<i>% beoordelingen (n=16768)</i>	<i>% beoordelaars (n=2149)</i>
<i>Diagnostiek</i>			
lichamelijk onderzoek	719	4,3	33,5
functiegericht onderzoek	165	1,0	7,7
cognitief onderzoek	626	3,7	29,1
sociaal-emotioneel onderzoek	1336	8,0	62,2
onderzoek naar schoolfunctioneren	664	4,0	30,9
onderzoek naar functioneren vrijetijd	354	2,1	16,5
gedragsobservatie	552	3,3	25,7
gezinstaxatie	1327	7,9	61,7
psychiatrisch onderzoek	661	3,9	30,8
ander onderzoek	172	1,0	8,0
<i>Advies</i>			
advies aan de jeugdige	881	5,3	41,0
advies aan de ouders/verzorgers	1560	9,3	72,6
advies aan de leerkracht	605	3,6	28,2
advies aan anderen	64	0,4	3,0
<i>Begeleiding</i>			
begeleiding van de ouders	1505	9,0	70,0
begeleiding van de pleegouders	9	0,1	0,4
begeleiding van de groepsleiding	64	0,4	3,0
begeleiding van de leerkracht	380	2,3	17,7
training van sociale vaardigheden	275	1,6	12,8
training van schoolvaardigheden	59	0,4	2,7
training van beroepsvaardigheden	2	0,0	0,1
begeleiding vrijetijdsbesteding	97	0,6	4,5
begeleiding bij zelfstandig wonen	4	0,0	0,2
andere begeleiding	214	1,3	10,0
<i>Behandeling</i>			
medicatie	396	2,4	18,4
gedragscorrectie	149	0,9	6,9
gedragstherapie	249	1,5	11,6
spel/psychotherapie	656	3,9	30,5
gezins(psycho)therapie	596	3,6	27,7
groepstherapie ouders	40	0,2	1,9
groepstherapie jeugdige	190	1,1	8,8
video-hometraining	227	1,4	10,6
therapeutische gezinsverpleging	57	0,3	2,7
remedial teaching	75	0,4	3,5
educatieve therapie	19	0,1	0,9
creatieve therapie	65	0,4	3,0
muziektherapie	22	0,1	1,0
dramatherapie	46	0,3	2,1
bewegingstherapie	44	0,3	2,0
fysiotherapie	24	0,1	1,1
ergotherapie	10	0,1	0,5
logopedie	18	0,1	0,8
andere behandeling	171	1,0	8,0
<i>Verblijf</i>			
opvoeding en verzorging	680	4,1	31,6
straf	8	0,0	0,4
bescherming van de jeugdige	378	2,3	17,6
bescherming van het gezin	112	0,7	5,2
bescherming van de maatschappij	16	0,1	0,7
ander verblijf	225	1,3	10,5

Uit tabel 5.6 blijkt dat de percentages, waarin de verschillende zorgactiviteiten als gepast beschouwd werden, sterk uiteenliepen. Een viertal zorgactiviteiten is door meer dan de helft van alle beoordelaars genoemd. Dit betekent dat deze zorgactiviteiten deel uitmaken van meer dan de helft van de gestelde indicaties. Op de eerste plaats staat 'advies aan de ouders of verzorgers' (72,6%), gevolgd door 'begeleiding van de ouders' (70%), 'sociaal-emotioneel onderzoek' (62,2%) en 'gezinssaxatie' (61,7%).

Na de vier frequent genoemdde zorgactiviteiten volgen negen activiteiten die in 25-50% van alle indicaties als gepast genoemd zijn. Na de 'middengroep' volgt een even grote groep zorgactiviteiten, die 10 tot 20% van de indicaties uitmaakte (zie tabel 5.6). Tot slot blijven enkele activiteiten over die incidenteel genoemd zijn. Op de consequenties van deze frequentieverdeling wordt in paragraaf 5.6.3 nader ingegaan.

De 44 zorgactiviteiten, die opgenomen zijn in de vragenlijst, waren verdeeld over vijf groepen (functies). Aan elke groep zorgactiviteiten (diagnostiek, advies, begeleiding, behandeling en verblijf) was een open antwoordcategorie toegevoegd. Binnen deze zogenoemde categorie 'overig' was ruimte om het hulpaanbod aan te vullen met activiteiten die de respondenten noodzakelijk achtten, maar die niet in de vragenlijst voorkwamen. Van deze mogelijkheid heeft een aantal respondenten gebruik gemaakt.

Uit nadere bestudering van de antwoorden die gegeven zijn bij de open antwoordcategorie 'overig verblijf' bleek dat een relatief groot aantal antwoorden betrekking had op 'verblijf thuis'. Dit was inhoudelijk een ander antwoord dan alle overige antwoorden die bij deze categorie genoemd zijn. De andere antwoorden hadden namelijk betrekking op opname, dagbehandeling en uithuisplaatsing en waren een aanwijzing voor het feit dat de jeugdige niet thuis kan blijven. Om deze reden zijn twee nieuwe variabelen gecreëerd: 'verblijf thuis' en 'verblijf elders, uithuisplaatsing'.

Daarnaast leverde bestudering van de categorieën 'overig' nog drie andere nieuwe variabelen op. Als 'overige diagnostische activiteiten' werden 'anamnese' en 'onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming' relatief vaak genoemd (respectievelijk 46 en 44 maal). Deze categorie leverde dus eveneens twee nieuwe variabelen op. Als 'overige begeleidingsactiviteit' noemden de indicatiestellers regelmatig 'begeleiding van de jeugdige in het algemeen', namelijk 86 maal.

Na aanvulling met de variabelen op basis van de open antwoordcategorieën bestond het bestand uit de beoordelingen van 53 verschillende zorgactiviteiten per indicatie. De frequentieverdeling van deze beoordelingen wordt nader geanalyseerd in paragraaf 5.6.3. Voorafgaand aan deze onderzoekstechnische controle wordt in paragraaf 5.6.2 de inhoudelijke controle van de gegevens op overeenstemming tussen de respondenten beschreven. Als nadere analyse op inhoudelijke gronden al niet verantwoord is, dan hoeft immers ook niet meer onderzocht te worden of de gegevens aan de voorwaarden voor analyse voldoen. De inhoudelijke controle heeft alleen betrekking op de zorgactiviteiten die aan alle beoordelaars zijn voorgelegd. De toegevoegde variabelen vallen hier dus buiten.

5.6.2 Overeenstemming tussen de beoordelaars over gepaste zorg

Elke beoordelaar heeft bij elke voorgelegde casus aangegeven welke zorgactiviteiten hij gepast vond. Hij kon kiezen uit een lijst van 44 zorgactiviteiten en per groep zorgactiviteiten kon hij zelf nog een andere activiteit noemen. Elke beoordelaar kon dus maximaal 49 zorgactiviteiten noemen.

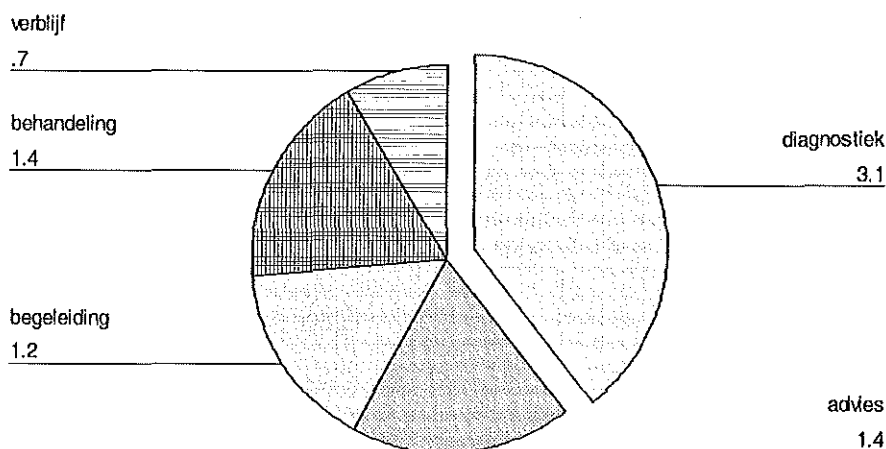
Het aantal verschillende zorgactiviteiten per indicatie, dat wil zeggen het aantal dat één beoordelaar bij één casus als gepast noemde, varieerde van 1 tot 24. Gemiddeld bestond de geïndiceerde zorg uit 7,8 zorgactiviteiten ($sd=3,3$). In figuur 5.1 is voor elke groep zorgactiviteiten (diagnostiek, advies, begeleiding, behandeling en verblijf) aangegeven hoeveel activiteiten een beoordelaar gemiddeld per casus noemde. Uit de figuur komt duidelijk naar voren, dat diagnostische activiteiten, vergeleken met de andere soorten zorgactiviteiten, per casus gemiddeld het meest frequent genoemd zijn. Dit heeft niet alleen te maken met het aantal activiteiten, waaruit de respondenten een keuze kon maken. Er stonden bijvoorbeeld, exclusief de categorie 'overig', negen verschillende diagnostische activiteiten in de vragenlijst genoemd en achttien behandelingsactiviteiten. Toch noemden de beoordelaars per casus gemiddeld 3 diagnostische activiteiten ($sd=1,6$) tegenover gemiddeld 1,4 activiteiten ($sd=1,0$) op het gebied van behandeling, evenals op het gebied van advies. Een vorm van begeleiding vonden zij gemiddeld iets minder vaak gepast dan advies en behandeling, namelijk gemiddeld 1,2 activiteiten per casus ($sd=0,9$). Activiteiten op het gebied van verblijf, tot slot, noemden de beoordelaars het minst vaak, namelijk gemiddeld 0,7 activiteit per casus ($sd=0,7$).

Globaal waren de beoordelaars het over de omvang van de zorg en de soort te verlenen zorgactiviteiten redelijk eens. Het aantal zorgactiviteiten dat ze noemden per groep varieerde niet zo sterk. Dit betekent dat ze allen bij een bepaalde casus bijvoorbeeld ongeveer evenveel diagnostische activiteiten noemden. Het betekent niet dat ze ook dezelfde diagnostische zorgactiviteiten noemden. De vraag was echter in hoeverre ze overeenstemden over de afzonderlijke zorgactiviteiten bij elke casus. Uitgangspunt van het onderzoek was immers dat de indicatiestellers in zekere mate zouden overeenstemmen over de inhoud van de gepaste zorg.

Om de overeenstemming tussen de beoordelaars over de gepaste zorg te bepalen zijn de antwoorden per casus geanalyseerd. De resultaten van deze analyse staan in tabel 5.7. Gemiddeld noemden de beoordelaars 7,8 verschillende zorgactiviteiten (tabel 5.7, vierde kolom). Uit de derde kolom in tabel 5.7 blijkt dat ze niet allen dezelfde zorgactiviteiten als gepast beschouwden.

Het aantal zorgactiviteiten dat door ten minste één beoordelaar bij elke casus genoemd is, varieerde tussen de casussen van 25 tot 44. Dit betekent dat bij alle casussen ten minste de helft van alle 49 zorgactiviteiten door minstens één van de beoordelaars werd genoemd. Gemiddeld noemden alle beoordelaars samen per casus 35,5 verschillende zorgactiviteiten als gepast.

Figuur 5.1: Gemiddeld aantal zorgactiviteiten per functie dat elke respondent bij één casus gepast vond



Zowel de zorg die indicatiestellers gepast vinden als de zorg die ze niet noemen als gepast, bepalen de indicatie. Beide geven inzicht in de vraag bij welke probleemkenmerken welke zorgactiviteiten gepast zijn. Voor de berekening van de mate van overeenstemming is een vrij streng criterium (75%) aangehouden, vergelijkbaar met dat van de RAND-corporation (Broers e.a., 1998; Brook, 1994; Fraser e.a., 1994). Dit betekent dat er overeenstemming is als 75% van de beoordelaars of meer dezelfde mening was toegedaan. Dit houdt in dat ten minste 75% van de beoordelaars een bepaalde zorgactiviteit gepast noemde óf dat minstens 75% van de beoordelaars een bepaalde zorgactiviteit niet als gepast noemde. De mate van overeenstemming is per casus berekend. Het resultaat staat in de kolommen 5 tot en met 11 van tabel 5.7.

Gemiddeld hadden de beoordelaars in 76,3% van de beoordelingen dezelfde mening. Berekend over alle beoordelingen varieerde het betreffende percentage van 65% tot 86% (zie laatste kolom, tabel 5.7). Bij nadere bestudering van de resultaten bleek echter dat de overeenstemming met name te wijten was aan de zorgactiviteiten die de beoordelaars *niet* als gepast noemden (tiende kolom). Dit gold namelijk gemiddeld voor 73,4% van alle beoordelingen. In slechts 2,9% van alle beoordelingen was er overeenstemming over de zorgactiviteiten die de beoordelaars *wel* gepast vonden. Dit betrof een beperkt aantal zorgactiviteiten, variërend van 0 tot 4.

Tabel 5.7: Overzicht per casus van het aantal beoordelaars, het totaal en gemiddeld aantal gepaste zorgactiviteiten, het aantal en percentage zorgactiviteiten dat ten minste 75% van de beoordelaars gepast vond respectievelijk niet als gepast noemde (n=2149) en de mate van overeenstemming over de zorg, uitgesplitst naar gepaste zorg en de zorg die ze niet als gepast noemden.

Casus-nummer	Beoordelaars	Zorgactiviteiten						Beoordelingen		
		Genoemd als gepast				Niet genoemd als gepast		Overeenstemming		
		totaal	gemiddeld	≥75% van de beoordelaars		≥75% van de beoordelaars		gepast	niet genoemd	totaal
				n	%	n	%			
	n	n	n	n	%	n	%	%	%	%
1	63	40	8,7	1	2	35	71	2	66	68
2	62	33	8,4	3	6	37	75	5	72	77
3	70	37	6,6	1	2	41	84	2	78	80
4	73	32	7,0	2	4	39	80	4	76	80
5	73	38	8,7	3	6	34	69	5	66	71
6	62	42	10,4	2	4	35	71	3	66	69
7	63	35	8,0	2	4	37	76	3	72	75
8	67	35	8,1	3	6	36	73	5	71	75
9	74	34	7,8	0	0	37	76	0	72	72
10	69	36	7,3	2	4	40	82	4	77	81
11	69	36	8,3	1	2	38	78	2	73	75
12	70	44	10,6	2	4	32	65	3	62	65
13	67	32	6,1	2	4	40	82	3	79	82
14	70	34	7,5	1	2	37	76	2	72	74
15	63	30	6,1	0	0	40	82	0	79	79
16	70	39	7,5	1	2	39	80	2	75	77
17	69	35	7,8	1	2	39	80	2	75	76
18	72	39	8,1	1	2	37	76	2	72	74
19	62	35	7,5	1	2	38	78	2	73	75
20	61	34	7,4	1	2	40	82	2	77	79
21	64	40	9,3	4	8	38	78	7	72	79
22	69	37	8,0	3	6	38	78	5	74	79
23	67	30	6,6	2	4	40	82	4	79	82
24	60	34	7,9	2	4	38	78	3	74	77
25	73	25	5,9	2	4	42	86	4	82	86
26	73	30	7,2	1	2	40	82	2	78	80
27	72	43	10,2	2	4	35	71	4	66	70
28	73	29	5,9	1	2	42	86	2	81	83
29	60	38	7,2	2	4	40	82	3	76	79
30	61	40	8,2	1	2	37	76	2	71	73
31	61	36	9,2	2	8	35	71	7	69	76
32	67	33	6,7	0	0	39	80	0	76	76
Range	60-74	25-44	5,9-10,6	0-4	0-8	32-42	65-86	0-7	62-82	65-86
m*	67,2	35,5	7,8	1,7	3,4	38,0	77,5	2,9	73,4	76,3
sd**	4,6	4,3	1,2	1,0	2,1	2,4	4,8	1,7	4,8	4,7

* m = gemiddelde

** sd = standaarddeviatie

Volgens het strenge criterium voor de mate van overeenstemming van 75% was er bij drie casussen over géén van de zorgactiviteiten overeenstemming. Voor al deze drie casussen gold dat dit criterium voor ten minste één zorgactiviteit niet niet gehaald werd. Deze zorgactiviteit noemden respectievelijk 73%, 74,6% en 71,6% van de beoordelaars als gepast.

In hoofdstuk 4 is aangegeven dat geen volledige overeenstemming tussen de respondenten verwacht werd. In 23,7% van alle beoordelingen liepen de meningen echt uiteen. Dat de beoordelaars in ruim drie kwart van de beoordelingen dezelfde mening hadden werd voldoende voor nadere analyse geacht.

Om meer inzicht te krijgen in de verhouding tussen gepaste en niet gepaste zorg is aanvullend onderzocht of de mate van overeenstemming tussen de respondenten over de gepaste zorg samenhang met de ernst en complexiteit van de problematiek in de casus (zie paragraaf 5.4.2). De veronderstelling was dat de respondenten minder overeenstemmen over de gepaste zorg als de problematiek relatief ernstig is en/of uit veel verschillende problemen bestaat.

Uit de analyse bleek dat des te groter het aantal verschillende problemen was en ook des te ernstiger de problematiek was, des te meer zorgactiviteiten er in totaal genoemd werden (Pearson's $r=.47$, $p=.007$ respectievelijk $r=.39$, $p=.028$). Voor de mate van overeenstemming maakte het echter geen significant verschil hoe complex of hoe ernstig de problematiek was: of het nu ging om relatief eenvoudige of juist complexe, ernstige of minder ernstige problemen, de overeenstemming werd niet groter of kleiner.

5.6.3 Analyse van de verdeling van de beoordeling van de zorgactiviteiten

Omdat de overeenstemming tussen de indicatiestellers als voldoende beschouwd werd, is vervolgens nagegaan in hoeverre alle zorgactiviteiten van onderscheidend belang waren voor het stellen van een indicatie. Dit is op verschillende manieren gebeurd. Ten eerste is bekeken hoe vaak elke zorgactiviteit in totaal als gepast beoordeeld werd. Zorgactiviteiten die de respondenten vaak noemden, zullen ze als belangrijk onderdeel van het zorgaanbod beschouwen. Incidenteel genoemde zorgactiviteiten hoeven niet minder belangrijk te zijn. In het beschikbare databestand is het echter moeilijk te achterhalen bij welke probleemkenmerken ze als gepast beschouwd worden. Bij kleine aantallen is een statistische analyse niet verantwoord. Onderzoek naar deze zorgactiviteiten vergt een andere aanpak dan in dit onderzoek mogelijk was.

Ten tweede zijn de verschillen tussen de casussen onderzocht. Nagegaan is of de percentages waarin de zorgactiviteiten genoemd zijn significant verschillen tussen de casussen. Als een bepaalde zorgactiviteit bij alle casussen door een even groot percentage beoordelaars als gepast genoemd wordt, dan heeft deze zorgactiviteit geen onderscheidend vermogen. Dit houdt in dat die zorgactiviteit bij alle probleemsituaties als even belangrijk of als even onbelangrijk beschouwd wordt en

niet relevant is voor de indicatie.

Beide analyses zijn in principe op alle zorgactiviteiten toegepast. Dit geldt niet alleen voor de zorgactiviteiten die in de vragenlijst zijn opgenomen, maar ook voor de vijf zorgactiviteiten die uit de categorieën 'overig' gedestilleerd zijn. In deze paragraaf worden de resultaten van deze analyses beschreven.

Frequentieverdeling van de beoordelingen

In paragraaf 5.6.1 is summier de frequentieverdeling van de gepaste zorgactiviteiten beschreven. Hieruit bleek dat de percentages nogal uiteenliepen. Sommige zorgactiviteiten zijn vaak genoemd en andere minder vaak. Enkele activiteiten noemden de beoordelaars incidenteel als gepast. Incidenteel houdt in dit geval in dat bij een aantal casussen één beoordelaar of soms twee beoordelaars, de zorgactiviteit als gepast beschouwde(n). In dergelijke situaties kan nauwelijks gesproken worden over enige vorm van differentiatie. Dit wil niet zeggen dat deze zorgactiviteiten in de praktijk onbelangrijk zijn. In het onderzoek ging het om de samenhang tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten. De probleemkenmerken zijn niet verdeeld over de casussen al naargelang de frequentie, waarin ze voorkomen in de praktijk van de jeugdzorg. Alle probleemkenmerken die mogelijk van belang zijn voor de indicatiestelling hadden een even grote kans om in een casus opgenomen te worden. Hierdoor vormden de casussen wel een representatieve afspiegeling van de aard van problemen waarmee jeugdigen en hun ouders te maken kunnen krijgen, maar niet van de frequentie, waarin deze problemen in de praktijk van de jeugdzorg voorkomen.

De incidenteel genoemde activiteiten kunnen dus wel van belang zijn voor het zorgaanbod, maar statistische analyse is bij dergelijke kleine aantallen niet verantwoord. Besloten is om de zorgactiviteiten die in minder dan 1% van de beoordelingen als gepast genoemd zijn niet nader te analyseren. Het gaat om: 'begeleiding van de pleegouders', 'training van de beroepsvaardigheden', 'begeleiding bij zelfstandig wonen', 'educatieve therapie', 'ergotherapie', 'logopedie', 'straf' en 'bescherming van de maatschappij'.

Twee van de drie functiegerichte therapieën bleken in minder dan 1% van alle beoordelingen genoemd te zijn. Om bij voorbaat niet teveel informatie uit te sluiten zijn de functiegerichte therapieën (fysiotherapie, ergotherapie en logopedie) samengevoegd tot één variabele. Datzelfde is gedaan met de activiteitentherapieën (creatieve therapie, muziek-, drama- en bewegings therapie). Elk van deze therapieën is erg weinig genoemd, namelijk in 1%-3% van de beoordelingen. Bovendien bleek uit een eerste voorlopige principale componentenanalyse om combinaties van zorgactiviteiten te identificeren (zie hoofdstuk 7) dat de afzonderlijke variabelen, die tot de activiteitentherapieën behoren, hetzelfde antwoordpatroon hadden. Ditzelfde gold voor de functiegerichte therapieën.

Op de resterende en de samengevoegde zorgactiviteiten is een χ^2 -toets uitgevoerd. Op deze manier is nagegaan in hoeverre de percentages beoordelaars, die de betreffende zorgactiviteit bij elke casus noemden, significant verschilden tussen de casussen.

Verskil in verdeling van de beoordelingen tussen de casussen

De vermelde cijfers in tabel 5.6 geven geen inzicht in de beoordeling van de zorgactiviteiten per casus. Welk percentage beoordelaars een bepaalde zorgactiviteit gepast vindt kan voor elke casus anders zijn. Een wisselend percentage wijst op een wisselende beoordeling van de gepastheid van die zorgactiviteit. Of de zorgactiviteit gepast is hangt dan dus af van de specifieke (combinatie van) problemen. Zorgactiviteiten die bij alle casussen als even gepast beoordeeld worden, differentiëren niet naar problematiek. Analyse van deze zorgactiviteiten zal dus ook geen aanvullende informatie opleveren.

Om een mogelijk gebrek aan differentiatie te achterhalen zijn de beoordelingen van alle casussen naast elkaar gelegd. Met behulp van de χ^2 -toets is nagegaan of de percentages beoordelaars die de zorgactiviteiten bij elke casus gepast vonden, significant verschilden tussen de casussen of juist overeenkwamen. De resultaten staan in tabel 5 in bijlage 3.

Uit de analyse bleek dat de respondenten niet steeds dezelfde zorg als gepast beschouwden. Voor de meeste zorgactiviteiten gold dat de percentages beoordelaars die de zorgactiviteiten gepast vonden significant verschilden tussen de casussen.

Nadere bestudering van de verdelingen van de zorgactiviteiten per casus liet zien dat het percentage respondenten dat 'advies aan de ouders' noemde bij elke casus hoog was. Bij alle 32 casussen noemde ten minste 57% van de beoordelaars deze zorgactiviteit gepast. Bij dertien casussen betrof het zelfs ten minste 75% van de beoordelaars. Vanwege deze hoge percentages bestond het gevaar dat deze zorgactiviteit niet zou differentiëren naar probleemkenmerken. De percentages beoordelaars, die deze zorgactiviteit gepast vonden, verschilden echter significant tussen de casussen. Daarom is 'advies aan de ouders' in eerste instantie gehandhaafd voor verdere analyses.

Behalve 'advies aan de ouders' noemden de beoordelaars ook vaak 'begeleiding van de ouders', 'sociaal-emotioneel onderzoek' en 'gezinstaxatie' als gepast (zie tabel 5.6). Deze drie zorgactiviteiten uit de top vier differentieerden beter, evenals de meeste zorgactiviteiten in de middencategorie (gemiddeld door 25-50% genoemd). Voor deze zorgactiviteiten gold dat de percentages beoordelaars die deze gepast vonden, significant verschilden tussen de casussen en niet bij elke casus zo hoog waren als 'advies aan de ouders' (zie tabel 5 in bijlage 3).

'Opvoeding en verzorging' vonden de respondenten wel relatief belangrijk als zorgactiviteit, maar het percentage beoordelaars dat deze zorgactiviteit gepast vond,

was bij alle casussen even hoog. De gepastheid was niet afhankelijk van de problematiek. Bij alle casussen noemde 25-50% van de beoordelaars dit als gepast. Hetzelfde gold voor drie andere zorgactiviteiten, die de respondenten minder frequent noemden. Het betrof 'groepstherapie van de ouders' en de toegevoegde zorgactiviteiten 'anamnese' en 'verblijf thuis'. De percentages beoordelaars dat deze zorgactiviteiten als gepast beschouwd werden, verschilden niet significant tussen de casussen.

Tabel 5.8: Overzicht van zorgactiviteiten die op samenhang met probleemkenmerken geanalyseerd zijn, de frequentie en het percentage beoordelaars (n=2149), dat deze gepast vond.

<i>Zorgactiviteit</i>	<i>Aantal</i>	<i>% beoordelaars (n=2149)</i>
<i>Diagnostiek</i>		
lichamelijk onderzoek	719	33,5
functiegericht onderzoek	165	7,7
cognitief onderzoek	626	29,1
sociaal-emotioneel onderzoek	1336	62,2
onderzoek naar schoolfunctioneren	664	30,9
onderzoek naar functioneren in de vrije tijd	354	16,5
gedragsobservatie	552	25,7
gezinstaxatie	1327	61,7
psychiatrisch onderzoek	661	30,8
onderzoek Raad voor de Kinderbescherming	44	2,0
<i>Advies</i>		
advies aan de jeugdige	881	41,0
advies aan de ouders/verzorgers	1560	72,6
advies aan de leerkracht	605	28,2
<i>Begeleiding</i>		
begeleiding van de jeugdige	73	3,4
begeleiding van de ouders	1505	70,0
begeleiding van de groepsleiding	64	3,0
begeleiding van de leerkracht	380	17,7
training van sociale vaardigheden	275	12,8
training van schoolvaardigheden	59	2,7
begeleiding van de vrijetijdsbesteding	97	4,5
<i>Behandeling</i>		
medicatie	396	18,4
gedragscorrectie	149	6,9
gedragstherapie	249	11,6
spel/psychotherapie	656	30,5
gezins(psycho)therapie	596	27,7
groepstherapie jeugdige	190	8,8
video-hometraining	227	10,6
therapeutische gezinsverpleging	57	2,7
remedial teaching	75	3,5
activiteitentherapie	136	6,3
functiegerichte therapie	44	2,0
<i>Verblijf</i>		
bescherming van de jeugdige	378	17,6
bescherming van het gezin	112	5,2
overig verblijf/uitplaatsing	98	4,6

Analyse op samenhang met de problematiek van zorgactiviteiten die slechts incidenteel of bij alle casussen even vaak als gepast genoemd zijn, zou weinig aanvullende informatie opleveren. Hiervan is dan ook afgezien. Dit geldt ook voor de categorieën 'overig'. Deze vormen immers restcategorieën, die een diversiteit aan antwoorden bevatten en weinig specifieke informatie zouden opleveren in samenhang met probleemkenmerken. De categorieën 'overig' zouden wel een aanwijzing kunnen zijn voor problemen waarvoor (nog) geen gepaste zorg beschikbaar is. Uit de resultaten kwam dit echter niet duidelijk naar voren, zodat afgezien is van verdere beschrijving van deze categorieën. Een uitzondering is gemaakt voor nieuwe variabele 'verblijf elders, uithuisplaatsing'. Deze is, evenals 'verblijf thuis', uit de categorie 'overig verblijf' gedestilleerd. Deze zorgactiviteit is in de analyse gelaten, omdat deze een aanwijzing is dat de jeugdige niet meer thuis kan blijven wonen.

De zorgactiviteiten die wel opgenomen zijn in verdere analyses en beschrijvingen, staan in tabel 5.8.

5.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is beschreven hoe de onafhankelijke en de afhankelijke variabelen in het onderzoek geoperationaliseerd zijn en welke controles voorafgaand op het databestand zijn uitgevoerd.

Om het geheel tegen een achtergrond te kunnen plaatsen is eerst aangegeven hoe de respondenten voor deelname aan het onderzoek benaderd zijn. Hiertoe zijn alle instellingen voor jeugdzorg in Nederland aangeschreven. De respons van de instellingen was 61%. Deze varieerde per jeugdzorgsector. De hoogste respons kwam van de jeugd-GGZ, namelijk 75%. De respons van instellingen voor jeugdhulpverlening en het algemeen maatschappelijk werk was 59% en 60%. Instellingen voor jeugdbescherming waren minder goed vertegenwoordigd. Hun respons was 39%.

Daarna zijn de centrale onderzoeksvariabelen beschreven. Het betreft drie groepen onafhankelijke variabelen, namelijk de probleemkenmerken, de ernst en complexiteit van de problematiek en de kenmerken van de onderzoeksgroep. De zorgactiviteiten vormden de afhankelijke variabelen in het onderzoek.

De probleemkenmerken zijn omgezet in dummyvariabelen om ook niet-lineaire verbanden te achterhalen. Daarnaast vormden zij het uitgangspunt voor de samenstelling van zes variabelen voor complexiteit en ernst van de problematiek.

Aan het onderzoek hebben voornamelijk maatschappelijk werkenden, psychologen, pedagogen en kinder- en jeugdpsychiaters deelgenomen. Het grootste deel van hen had een hulpverlenende of behandelende functie. Ruim een derde (36%) had (daarnaast) een leidinggevende functie. De indicatiestellers beschikten over een langdurige ervaring van gemiddeld 13,9 jaar. De onderzoeksgroep bestond uit 270 respondenten.

Niet de respondenten waren de analyse-eenheden, maar de gestelde indica-

ties, dat wil zeggen de beoordelingen van de gepaste zorg door de respondenten. Voor elke casus die hij had beoordeeld, telde een respondent in het onderzoek mee als beoordelaar. In het onderzoek zijn de indicaties van 2149 beoordelaars opgenomen. Bij elke indicatie zijn alle zorgactiviteiten beoordeeld op gepastheid.

Voordat de gegevens geanalyseerd zijn om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen, zijn twee controles op het gegevensbestand uitgevoerd. In een inhoudelijke controle is onderzocht in hoeverre de respondenten overeenstemden over de gepaste zorg. Zonder enige mate van overeenstemming zou analyse van de gegevens weinig zinvol zijn. Nagegaan is over welk deel van de beoordelingen ten minste 75% van de beoordelaars dezelfde mening had. Dit was het geval in 76% van alle beoordelingen. Dit percentage werd voldoende geacht om de gegevens nader te analyseren.

Een tweede controle was gericht op de voorwaarden voor analyse van de gegevens. Hiertoe zijn eerst de beoordelingen van de zorgactiviteiten bestudeerd. Nagegaan is hoe vaak elke zorgactiviteit als gepast genoemd is. Zorgactiviteiten die in minder dan 1% van de beoordelingen gepast genoemd zijn, konden vanwege dit kleine aantal niet geanalyseerd worden.

Op de zorgactiviteiten die in meer dan 1% van de beoordelingen genoemd zijn is een χ^2 -toets uitgevoerd. Op deze manier is voor elke zorgactiviteit onderzocht of deze bij alle casussen even vaak als gepast beoordeeld is. Zorgactiviteiten waarvoor dit het geval is, differentiëren niet naar problematiek. Is er een significant verschil in de beoordeling van een zorgactiviteit tussen de casussen, dan is er wel sprake van differentiatie en kan deze zorgactiviteit nader onderzocht worden op samenhang met probleemkenmerken.

Analyse van de incidenteel genoemde en niet differentiërende zorgactiviteiten op samenhang met probleemkenmerken zou weinig informatie opleveren. De betreffende zorgactiviteiten zijn daarom uit verdere analyses ter beantwoording van de onderzoeksvragen gelaten. Hetzelfde geldt voor de categorieën 'overig' omdat eventuele resultaten multi-interpretabel zouden zijn.

6 Samenhang tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten

*'Meneer Pinksterblom! Meneer Pinksterblom! Wilt u eens even kijken? Zijn dit goede eieren? Wanneer komen ze uit? Moet ik ze in de zon leggen of in de schaduw?'
.... Een jonge oorwurm-moeder hield hem een mager lartje voor. 'Meneer Pinksterblom!' riep ze smekend, 'wilt u eens even kijken? Hij ziet zo flauw uit zijn ogen! Ik durfde hem geen eten te geven voor ik u gevraagd had. Wat moet hij hebben?'
(Bomans, 1941, p. 142)*

6.1 Inleiding

In hoofdstuk 5 is beschreven hoe de onderzoeksvariabelen geoperationaliseerd zijn en welke zorgactiviteiten opgenomen zijn in de analyses ter beantwoording van de onderzoeksvragen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de samenhang tussen de probleemkenmerken in de vignetten en de afzonderlijke zorgactiviteiten, die de indicatiestellers gepast vonden. Er is een antwoord gezocht op de eerste onderzoeksvraag:

Welke kenmerken in de problematiek van jeugdigen dragen significant bij aan de keuze van de zorgactiviteit, die indicatiestellers gepast vinden?

In paragraaf 6.2 wordt eerst beschreven op welke manier de gegevens geanalyseerd zijn om een antwoord op deze onderzoeksvraag te krijgen. Daarna worden de resultaten gepresenteerd in de paragrafen 6.3 tot 6.6.

Aan het einde van dit hoofdstuk volgt een samenvatting in paragraaf 6.7.

6.2 Analyse van de samenhang tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten

In deze paragraaf wordt beschreven op welke manier de gegevens geanalyseerd zijn om inzicht te verkrijgen in de samenhang tussen de kenmerken van de problematiek en de zorgactiviteiten. In deze analyses vormden de probleemkenmerken de onafhankelijke variabelen. De zorgactiviteiten die in tabel 5.8 in hoofdstuk 5 vermeld staan, waren de afhankelijke variabelen.

De associatie tussen alle probleemkenmerken en zorgactiviteiten afzonderlijk gaf een eerste aanwijzing voor de afstemming van het zorgaanbod op de problematiek. Om de samenhang tussen alle afzonderlijke variabelen te berekenen is de associatiemaat voor twee nominale variabelen '*phi*' gebruikt. De resultaten gaven de enkelvoudige verbanden aan tussen één probleemkenmerk en één zorgactiviteit. De associatiemaat gaf geen uitsluitsel over de invloed van andere probleemkenmerken op de keuze voor een bepaalde zorgactiviteit. De keuze kon immers van meer dan één probleemkenmerk afhankelijk zijn. Ook deze samenhang is onderzocht.

Om de samenhang te bepalen tussen een zorgactiviteit en alle probleemkenmerken tegelijkertijd is gebruik gemaakt van *logistische regressie-analyse*. Met

behulp van deze techniek was het mogelijk de invloed van elk probleemkenmerk na te gaan en de invloed van alle andere kenmerken constant te houden. Voor elke zorgactiviteit is een afzonderlijke logistische regressie-analyse uitgevoerd. In alle logistische regressie-analyses zijn, behalve de onderzochte probleemkenmerken, ook steeds leeftijd en geslacht ter controle opgenomen, omdat deze eveneens invloed bleken te hebben op de gestelde indicaties. De resultaten gaven aan welke probleemkenmerken significant bijdroegen aan de keuze voor elke zorgactiviteit en hoe groot deze bijdrage was.

Om de sterkte van de samenhang te bepalen is bij alle afzonderlijke logistische regressie-analyses berekend hoe goed de probleemkenmerken de keuze van de zorgactiviteit voorspellen. De (pseudo) R^2 die in dit onderzoek gehanteerd is om de *mate van voorspelbaarheid* aan te geven, wordt kort besproken in paragraaf 6.2.1.

Door middel van logistische regressie-analyses is per zorgactiviteit nagegaan welke probleemkenmerken significant bijdroegen aan de keuze van de zorgactiviteit. Dit is een benadering vanuit de zorgactiviteiten. Een benadering vanuit de probleemkenmerken kan meer inzicht geven in de afstemming van de zorgactiviteiten op de problematiek door de beoordelaars. Om een dergelijke benadering mogelijk te maken zijn alle *logistische regressiecoëfficiënten gestandaardiseerd*. Door vergelijking van alle gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten is per probleemkenmerk nagegaan hoe groot de bijdrage was aan de keuze van elke zorgactiviteit. Op deze manier is nagegaan bij welke zorgactiviteiten elk probleemkenmerk het meest de gepastheid bepaalde. De gestandaardiseerde logistische regressiecoëfficiënt wordt in paragraaf 6.2.2 beschreven.

6.2.1 Mate van voorspelbaarheid

Bij lineaire regressie-analyses wordt de mate van voorspelbaarheid van het resultaat uitgedrukt in R^2 . Deze maat geeft de hoeveelheid variantie aan die de predictorvariabelen in de afhankelijke variabelen verklaren. Bij logistische regressie-analyse bestaat deze maat niet, maar de behoefte aan een soortgelijke maat is er wel. Diverse auteurs hebben een voorstel gedaan voor een maat die R^2 benadert, de zogenaamde 'pseudo R^2 ', maar géén van deze maten wordt als zodanig algemeen aanvaard (Aldrich & Nelson, 1984; DeMaris, 1992; Menard, 1995).

In dit onderzoek is gekozen voor een variant op R^2 , die beschreven is door Menard (1995, p. 46) en die zoveel mogelijk analoog aan de R^2 in lineaire regressie-analyses berekend wordt, namelijk als de door de regressie verklaarde variantie gedeeld door de totale variantie. De definitie van deze R^2 voor de logistische regressie-analyses luidt:

$$R^2 = s_y^2 / s_y^2$$

waarin:

s_y^2 = de variantie van de voorspelde waarde van y en

s_y^2 = de variantie van de geobserveerde waarde van y .

Deze R^2 varieert van 0 tot 1, waarbij '0' een slechte voorspelling van het logistische regressiemodel aangeeft en '1' een goede. Hierbij moet benadrukt worden dat het niet om een universeel geaccepteerde statistische maat gaat. Deze variant van R^2 is alleen gebruikt als benadering voor de mate van voorspelbaarheid van het logistische regressiemodel in een maat die enige vergelijking van de resultaten van verschillende logistische regressie-analyses mogelijk maakt en die relatief gemakkelijk te interpreteren is. Bovendien is de berekening van de gestandaardiseerde logistische regressiemaat, die in paragraaf 6.2.2 wordt beschreven, eveneens gebaseerd op deze variant van R^2 .

6.2.2 Gestandaardiseerde logistische regressiecoëfficiënten

Bij een logistische regressie-analyse worden aan alle probleemkenmerken gewichten toegekend die aangeven hoe groot de bijdrage is aan de keuze van een zorgactiviteit. Alle probleemkenmerken die significant zijn voor de keuze van een bepaalde zorgactiviteit dragen bij aan deze keuze. Ook al zijn de gewichten klein, ze tellen toch mee. Alle gewichten worden immers toegekend nadat rekening gehouden is met alle andere probleemkenmerken in de regressie.

Een veelgebruikte maat die bij logistische regressie-analyses het gewicht van de onafhankelijke op de afhankelijke variabelen aangeeft, is de 'odds ratio'. Deze maat voldoet goed om per zorgactiviteit aan te kunnen geven welke probleemkenmerken van belang waren voor de keuze én hoe de belangen zich onderling verhouden. Deze statistische maat geeft echter alleen de verhoudingen tussen de probleemkenmerken binnen één logistische regressieanalyse aan, dat wil zeggen de keuze voor één bepaalde zorgactiviteit. De resultaten van verschillende logistische regressie-analyses kunnen onderling *niet* vergeleken worden. Als bijvoorbeeld de aanwezigheid van lichamelijke problemen van belang is voor de keuze voor zowel lichamelijk onderzoek als voor emotioneel onderzoek, kan op grond van de odds ratio's niet geconcludeerd worden of lichamelijke problemen een grotere of juist kleinere bijdrage leveren aan de keuze voor lichamelijk onderzoek dan die voor emotioneel onderzoek.

Een dergelijke vergelijking is wel geoorloofd na standaardisering van de logistische regressiecoëfficiënten (Menard, 1995). Vergelijking van de gestandaardiseerde gewichten van elk probleemkenmerk bij de keuze van zorgactiviteiten kan inzicht geven in het belang van elk probleemkenmerk voor de gestelde indicaties. Zo kan een bepaald probleemkenmerk cruciaal zijn geweest om de ene zorgactiviteit te indiceren, terwijl dit kenmerk voor de indicatie van de andere zorgactiviteit minder gewicht in de schaal heeft gelegd.

De ruwe regressiecoëfficiënten zijn door middel van de hierna volgende formule getransformeerd tot gestandaardiseerde logistische regressiecoëfficiënten (Menard, 1995, p.47):

$$b_{yx}^* = (b_{yx})(s_x)R / s_{\logit(y)}$$

waarin:

- b_{yx}^* = de gestandaardiseerde logistische regressiecoëfficiënt.
- b_{yx} = de ruwe logistische regressiecoëfficiënt van probleemkenmerk x op zorgactiviteit y.
- s_x = de standaarddeviatie van probleemkenmerk x.
- R = de totale correlatie in de logistische regressie van de voorspelde waarde van zorgactiviteit y en probleemkenmerk x.
- $s_{\logit(y)}$ = de standaarddeviatie van de logit van de voorspelde waarde van zorgactiviteit y, waarbij geldt: $\logit(y) = \ln(y/(1-y))$.

Deze maat benadert de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt in (multiple) lineaire regressievergelijkingen. In het onderzoek geeft deze maat aan hoeveel meer de beoordelaars een zorgactiviteit gepast vonden bij aanwezigheid van een probleemkenmerk dan bij de afwezigheid ervan. De vergelijking van alle gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten maakte een benadering vanuit de probleemkenmerken mogelijk.

6.3 Nominale associatie tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten

Berekening van de nominale associatie tussen alle zorgactiviteiten en probleemkenmerken afzonderlijk gaf een eerste inzicht in de onderlinge samenhang. In tabel 6 in bijlage 3 is de volledige associatiematrix opgenomen. Hieruit blijkt, dat er vrij veel significante samenhangen gevonden zijn, maar dat de bijbehorende phi's over het algemeen laag waren.

In tabel 6.1 staan per probleemkenmerk de zorgactiviteiten vermeld, waarbij phi significant was en een absolute waarde van .20 of hoger had. De vetgedrukte zorgactiviteiten geven een significante samenhang aan met een absolute waarde van minimaal .30.

Opmerkelijk is dat de meeste associaties met een absolute waarde van minimaal .20 gevonden zijn tussen de leeftijd van de jeugdige en de zorgactiviteiten. Omdat leeftijd in het onderzoek als een dichotome variabele behandeld is, geldt dat de zorgactiviteiten die de indicatiestellers gepast vonden voor de ene leeftijdsgroep *niet* als gepast werden beschouwd voor de andere leeftijdsgroep.

De grootste samenhang was die tussen leeftijd en advies aan de jeugdige ($\phi=.42$). Advies aan de jeugdige vonden de beoordelaars vaker gepast bij jeugdigen van 13 tot 18 jaar dan bij de jeugdigen van 0-12 jaar. Gezins(psycho)therapie noemden zij bij de oudste leeftijdsgroep vaker als gepaste behandeling dan bij de jongste leeftijdsgroep. Behalve cognitief onderzoek ($\phi=.32$) kozen zij ook lichamelijk onderzoek en gedragsobservatie vaker bij jeugdigen van 0-12 jaar dan bij de 13-18-jarigen. Bovendien vonden zij bij de 0-12-jarigen vaker dan bij de 13-18-jarigen, dat de leerkracht geadviseerd en/of begeleid diende te worden en verdiende videohome-training de voorkeur als behandeling.

Tabel 6.1: Overzicht van associatie tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten: $\phi \geq .20$, $p \leq .05$.

Probleemkenmerk*		Zorgactiviteit**
lichamelijke problemen	licht	---
	ernstig	lichamelijk onderzoek, functiegericht onderzoek
cognitieve problemen	licht	---
	ernstig	psychiatrisch onderzoek, (spel)psychotherapie
emotionele problemen	licht	geen medicatie
	ernstig	---
schoolproblemen	aanwezig	onderzoek naar functioneren op school, advies aan de leerkracht
relatieproblemen ouders	aanwezig	advies aan de jeugdige
problemen relatie ouder-kind	aanwezig	geen lichamelijk onderzoek
opvoedings-capaciteiten	onvoldoende	medicatie
	spankracht	---
leeftijd***	0-12 jaar	cognitief onderzoek, videohome-training, advies aan de leerkracht, begeleiding van de leerkracht, lichamelijk onderzoek, gedragsobservatie
	13-18 jaar	advies aan de jeugdige, gezins(psycho)therapie

* Tussen de overige probleemkenmerken (geslacht, sociale problemen, vrijetijdsproblemen, individuele problemen van de ouders, kwetsbaarheid, steun van belangrijke anderen, duur van de problematiek en eerder contact met de hulpverlening) en zorgactiviteiten was de samenhang niet significant of gold dat $\phi \leq .20$.

** Bij de vetgedrukte zorgactiviteiten was $\phi \geq .30$.

*** Leeftijd was een dichotome variabele. Zorgactiviteiten die beoordelaars gepast vonden voor de ene leeftijdsgroep vonden ze niet gepast voor de andere.

Verder vonden de beoordelaars lichamelijk onderzoek ($\phi = .31$), maar ook functiegericht onderzoek gepast bij ernstige lichamelijke problemen. De samenhang tussen ernstige cognitieve problemen en psychiatrisch onderzoek was .33. Dit betekent dat beoordelaars relatief vaak psychiatrisch onderzoek gepast vonden in probleemsituaties waarin sprake was van ernstige cognitieve problemen. (Spel-)psychotherapie beschouwden zij bij ernstige cognitieve problemen vaak als gepaste behandeling.

Hoewel alle ϕ 's relatief laag waren, noemden de beoordelaars bij emotionele problemen bijna twee keer zo veel zorgactiviteiten *niet* als wel (zie tabel 6 in bijlage 3). Medicatie noemden zij niet als gepast als sprake was van lichte emotionele problemen.

Onderzoek naar het functioneren op school en advies aan de leerkracht vonden de beoordelaars gepast bij problemen op school.

Hadden de ouders relatieproblemen, dan vonden de beoordelaars advies aan de jeugdige op zijn plaats. Wellicht gold dit met name voor jeugdigen van 13 tot 18 jaar, omdat de beoordelaars advies aan de jeugdige bij deze leeftijdsgroep gepast vonden. Op grond van de enkelvoudige associaties kan dit echter niet gecontroleerd worden. Daartoe zijn logistische regressie-analyses uitgevoerd, waarvan de resultaten in de volgende paragraaf besproken worden.

Lichamelijk onderzoek noemden de beoordelaars *niet* als gepast, als er relatieproblemen tussen ouders en hun kind waren. Opmerkelijk is dat er een samenhang gevonden is tussen onvoldoende opvoedingscapaciteiten van de ouders en de keuze voor medicatie. Dit suggereert dat beoordelaars er impliciet van uitgaan dat dit onvermogen om de opvoeding aan te kunnen samengaan met andere problemen.

6.4 Keuze van de zorgactiviteiten en mate van voorspelbaarheid

De meeste samenhangen die op basis van de enkelvoudige associatiematen gevonden werden, kwamen ook naar voren uit de logistische regressie-analyses, waarin de invloed van andere probleemkenmerken constant gehouden werd. Uit de logistische regressie-analyses kwamen echter ook nog andere verbanden naar voren, die hieronder besproken worden.

In tabel 8 in bijlage 3 staat per zorgactiviteit aangegeven hoe hoog de door de probleemkenmerken voorspelde waarde is en staan de gestandaardiseerde logistische regressiecoëfficiënten vermeld van de probleemkenmerken die een significante bijdrage leverden aan de keuze van de zorgactiviteit. Uit deze tabel blijkt dat de door de probleemkenmerken voorspelde waarden van de zorgactiviteiten varieerden van $R^2=.02$ tot $R^2=.34$. Bij sommige zorgactiviteiten was helemaal niet of nauwelijks te voorspellen bij welke probleemkenmerken de beoordelaars deze gepast vonden. Dit gold bijvoorbeeld voor onderzoek naar en begeleiding bij de vrijetijdsbesteding, begeleiding van de groepsleiding, training van de schoolvaardigheden, activiteiten-therapie, functiegerichte therapie, bescherming van het gezin en verblijf elders, maar ook voor advies aan de ouders. In hoofdstuk 5 is reeds aangegeven dat beoordelaars deze laatste zorgactiviteit zo vaak gepast vonden, dat het de vraag was of deze zorgactiviteit zou differentiëren naar problematiek.

De keuze voor andere zorgactiviteiten bleek iets beter te voorspellen op basis van de probleemkenmerken. Bij negen zorgactiviteiten was de voorspelde waarde R^2 ten minste .20.

De voorspelde waarde op basis van de probleemkenmerken was het hoogst voor remedial teaching ($R^2=.34$). Opvallend was echter dat geen enkel probleemkenmerk een significante bijdrage leverde aan de keuze van *remedial teaching*. Dit betekent dat als beoordelaars met alle probleemkenmerken rekening houden, geen van deze probleemkenmerken afzonderlijk de doorslag geeft bij de beslissing of remedial teaching gepast is. Schoolproblemen en cognitieve problemen zouden de

beoordelaars even belangrijk of onbelangrijk vinden bij hun indicatie voor remedial teaching als bijvoorbeeld lichamelijke problemen van de jeugdige of individuele problemen van de ouders. Het resultaat van de analyse kan samenhangen met het feit dat het percentage beoordelaars dat remedial teaching gepast vond relatief laag was, namelijk 3,5%. Doordat in de logistische regressie-analyses steeds voor veertien probleemkenmerken én leeftijd en geslacht van de jeugdige berekend is wat de bijdrage van elk is aan de keuze van de zorgactiviteit, kan het resultaat voor remedial teaching enigszins kunstmatig zijn.

Bij de andere zorgactiviteiten die volgens de logistische regressie-analyse relatief goed voorspelbaar waren ($R^2 \geq .20$), droegen wel enkele probleemkenmerken significant bij aan de keuze van de zorgactiviteit (zie tabel 8 in bijlage 3).

De keuze voor *lichamelijk onderzoek* ($R^2 = .28$) was met name gebaseerd op de aanwezigheid van lichte of ernstige lichamelijke problemen. Bij aanwezigheid van dergelijke problemen vonden de beoordelaars lichamelijk onderzoek meer gepast dan bij afwezigheid ervan. Bij meisjes vonden de beoordelaars dergelijk onderzoek meer gepast dan bij jongens. Ook als het om jeugdigen van 0-12 jaar ging en/of als de ouders over onvoldoende opvoedingscapaciteiten beschikten, vonden ze lichamelijk onderzoek meer gepast dan wanneer het 13-18-jarigen betrof respectievelijk wanneer de opvoedingscapaciteiten voldoende of meer dan voldoende waren.

Cognitief onderzoek ($R^2 = .24$) vonden de beoordelaars gepast als zich problemen op school en/of cognitieve problemen voordeden. Bij jongens vonden ze dergelijk onderzoek meer gepast dan bij meisjes. Ook bij ernstige lichamelijke problemen, bij problemen in de vrijetijdsbesteding, bij kwetsbaarheid van de jeugdige en/of als de problematiek al langer dan een jaar duurde vonden de beoordelaars cognitief onderzoek eveneens meer gepast dan wanneer deze probleemkenmerken zich niet voordeden. Als zich emotionele problemen voordeden noemden de beoordelaars cognitief onderzoek juist niet als gepast.

Of beoordelaars *advies aan de jeugdige* ($R^2 = .24$) gepast vonden lag voornamelijk aan de leeftijd van de jeugdige. Bij jeugdigen van 13-18 jaar vonden ze dergelijk advies meer gepast dan bij de jeugdigen van 0-12 jaar. Daarnaast konden ook cognitieve en/of emotionele problemen, problemen op school, kwetsbaarheid van de jeugdige, relatieproblemen van de ouders en/of de duur van de problematiek een rol spelen.

Zowel *advies aan de leerkracht* ($R^2 = .22$) als *begeleiding van de leerkracht* ($R^2 = .20$) vonden de beoordelaars vooral gepast als zich problemen op school voordeden en/of als de ouders over voldoende opvoedingscapaciteiten beschikten. Had de jeugdige emotionele problemen dan noemden ze noch advies noch begeleiding van de leerkracht als gepast. Advies aan de leerkracht vonden ze wel gepast als zich relatieproblemen tussen ouders en kind voordeden en/of als de jeugdige kwetsbaar was. Voor begeleiding van de leerkracht kozen de beoordelaars behalve bij

problemen op school ook eerder als de jeugdige problemen in de vrijetijdsbesteding had en/of als de problematiek al langer dan een jaar duurde dan wanneer dit niet het geval was.

Sociale vaardigheidstraining ($R^2=.21$) vonden de beoordelaars meer op zijn plaats als zich lichte of ernstige sociale problemen voordeden dan wanneer dit niet het geval was. Ook problemen in de vrijetijdsbesteding en een duur van de problematiek van minimaal drie maanden maakte een sociale vaardigheidstraining meer gepast dan wanneer deze probleemkenmerken afwezig waren. Bij jongens vonden ze deze training meer gepast dan bij meisjes. Tot slot konden ook ernstige emotionele problemen en/of spankracht van de ouders de keuze voor deze zorgactiviteit, zij het marginaal, positief beïnvloeden.

Voor de indicatie voor *medicatie* ($R^2=.20$) speelden niet alleen lichamelijke problemen een belangrijke rol, maar ook ernstige cognitieve problemen, ernstige emotionele problemen en problemen in de vrijetijdsbesteding. Daarnaast kozen de beoordelaars ook eerder voor medicatie wanneer de ouders relatieproblemen hadden, wanneer ze over onvoldoende opvoedingscapaciteiten beschikten, bij kwetsbaarheid van de jeugdige en/of aanwezigheid van lichte sociale problemen en wanneer de problematiek reeds 3 maanden tot een jaar duurde, dan wanneer elk van deze probleemkenmerken zich niet voordeed.

Bescherming van de jeugdige ($R^2=.25$) indiceerden de beoordelaars vaker als de ouders niet over spankracht beschikten in de opvoeding, bij problemen van de jeugdige in de relatie met de ouders, relatieproblemen en/of individuele problemen van de ouders, bij emotionele en/of sociale problemen van de jeugdige dan wanneer deze problemen zich niet voordeden.

Bij *psychiatrisch onderzoek* was de voorspelde waarde $R^2 .19$ en lag dus net onder het gestelde criterium van .20. Uit de resultaten kwam echter hetzelfde verband met ernstige cognitieve problemen naar voren ($b^*_{yx}=.39$), dat ook al op grond van de afzonderlijke associaties geconstateerd was. De beoordelaars vonden psychiatrisch onderzoek meer gepast als zich ernstige cognitieve problemen voordeden dan wanneer dit niet het geval was.

6.5 Probleemkenmerken en keuze van zorgactiviteiten

In de vorige paragraaf zijn de resultaten van de logistische regressie-analyses vanuit de zorgactiviteiten beschreven. Voor de relatief goed voorspelbare zorgactiviteiten is per zorgactiviteit aangegeven welke probleemkenmerken van belang waren voor de keuze ervan. De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten gaven inzicht in het feit of de aanwezigheid van een probleemkenmerk van belang was voor de keuze van elke zorgactiviteit afzonderlijk. Ze gaven echter ook aan op welke keuze elk probleemkenmerk het meeste invloed uitoefende, met andere woorden welke zorgactivi-

teit de beoordelaars bij elk probleemkenmerk het meeste gepast vonden. In deze paragraaf worden de resultaten vanuit de probleemkenmerken beschreven.

In paragraaf 6.2.2 is gesteld dat alle probleemkenmerken die een significante bijdrage aan de keuze van een zorgactiviteit leveren meetellen, ook al is het gewicht klein. Vergelijking van probleemkenmerken met kleine gewichten heeft echter weinig praktische waarde. Probleemkenmerken met een significante, maar lage regressiecoëfficiënt versterken de keuze voor een zorgactiviteit als rekening gehouden wordt met alle andere probleemkenmerken. Of ze op zichzelf van belang zijn voor de keuze van de zorgactiviteit is door middel van de associatiematen onderzocht. Om deze reden zullen bij de beschrijving van de gegevens vanuit de probleemkenmerken alleen de regressiecoëfficiënten met een gewicht van minimaal .20 genoemd worden, tenzij het om een opvallend resultaat gaat.

Tabel 6.2 in deze paragraaf geeft per probleemkenmerk een overzicht van de door de probleemkenmerken verklaarde zorgactiviteiten, waarbij de gestandaardiseerde logistische regressiecoëfficiënt b^*_{yx} significant was en een absolute waarde had van minimaal .20. Uit deze tabel blijkt dat er relatief weinig verbanden van betekenis gevonden zijn. In de tabel staan niet alle probleemkenmerken vermeld. Dit betekent dat de verbanden voor de vijf probleemkenmerken, die ontbreken in de tabel, niet sterk genoeg waren om aan te kunnen geven welke zorg beoordelaars hierbij gepast vonden. De probleemkenmerken, die wel vermeld zijn in de tabel, droegen aan de keuze van maar enkele zorgactiviteiten in belangrijke mate bij. Bovendien ging het veelal om dezelfde zorgactiviteiten. Van de 34 zorgactiviteiten die geanalyseerd zijn, staan er 18 in de tabel vermeld. Tot slot lopen de bijbehorende regressiecoëfficiënten van .20 tot .39. Zeker als de resultaten per probleemkenmerk bekeken worden zijn de coëfficiënten, op een enkele uitzondering na, nagenoeg gelijk. Dit betekent dat de genoemde zorgactiviteiten even gepast zijn als het betreffende probleemkenmerk zich voordoet. Hierdoor gaat het aspect van vergelijking van belangen in de onderstaande beschrijving enigszins verloren.

Of zich lichte of ernstige *lichamelijke problemen* voordeden, lieten de beoordelaars het meeste meewegen bij de keuze voor lichamelijk onderzoek ($b^*_{yx} = .28$ respectievelijk $b^*_{yx} = .38$). De aanwezigheid van ernstige lichamelijke problemen, zoals bijvoorbeeld bij neurologische aandoeningen of lichamelijke handicaps, speelde behalve bij de keuze voor lichamelijk onderzoek, ook een grote rol bij de keuze voor functiegericht onderzoek en voor medicatie. Deze rol was voor de laatste twee zorgactiviteiten ongeveer even groot ($b^*_{yx} = .23$ respectievelijk $b^*_{yx} = .24$). Bescherming van de jeugdige indiceerden ze juist eerder als de jeugdige géén ernstige of lichte lichamelijke problemen had dan wanneer deze zich wel voordeden ($b^*_{yx} = -.24$ respectievelijk $b^*_{yx} = -.20$).

Tabel 6.2: Overzicht van door de probleemkenmerken verklaarde zorgactiviteiten op basis van de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt: $b^*_{yx} \geq |.20|$, $p \leq .05$.

Probleemkenmerk*		Zorgactiviteit**
lichamelijke problemen	licht	lichamelijk onderzoek, geen bescherming van de jeugdige
	ernstig	lichamelijk onderzoek , medicatie, functiegericht onderzoek, geen bescherming van de jeugdige
cognitieve problemen	licht	geen begeleiding van de ouders
	ernstig	psychiatrisch onderzoek , (spel)psychotherapie, geen gezinstaxatie, medicatie
emotionele problemen	licht	geen cognitief onderzoek
	ernstig	geen cognitief onderzoek, geen advies aan de leerkracht, geen begeleiding van de leerkracht, (spel)psychotherapie
sociale problemen	licht	sociale vaardigheidstraining , gedragscorrectie, groepstherapie jeugdigen
	ernstig	sociale vaardigheidstraining
schoolproblemen	aanwezig	onderzoek naar functioneren op school, advies aan de leerkracht, begeleiding van de leerkracht
vrijtijdsproblemen	aanwezig	sociale vaardigheidstraining
problemen relatie ouder-kind	aanwezig	bescherming van de jeugdige
opvoedingscapaciteiten	onvoldoende	geen advies aan de leerkracht
	spankracht	geen bescherming van de jeugdige
duur van de problematiek	3m - 1jr	sociale vaardigheidstraining
	> 1jr	geen bescherming van de jeugdige
leeftijd***	0-12 jaar	video-hometraining , gedragsobservatie, medicatie
	13-18 jaar	advies aan de jeugdige
geslacht***	jongens	--
	meisjes	lichamelijk onderzoek

* Tussen de overige probleemkenmerken (individuele problemen en relatieproblemen van de ouders, kwetsbaarheid, steun van belangrijke anderen en eerder contact met de hulpverlening) en zorgactiviteiten was de samenhang niet significant of gold dat $b^*_{yx} \leq |.20|$.

** Bij de vetgedrukte zorgactiviteiten was $b^*_{yx} \leq |.30|$.

*** Leeftijd en geslacht waren dichotome variabelen. Zorgactiviteiten die beoordelaars gepast vonden voor de ene leeftijdsgroep c.q. het ene geslacht vonden ze niet gepast voor de andere leeftijdsgroep c.q. het andere geslacht.

Als de jeugdige lichte *cognitieve problemen*, zoals problemen met lezen, had, noemden de beoordelaars begeleiding van de ouders vaker niet dan dat ze het wel gepast vonden. De aanwezigheid van ernstige cognitieve problemen, als de jeugdige

bijvoorbeeld leed aan waandenkbeelden of hallucinaties, vonden de beoordelaars van belang wanneer zij overwogen psychiatrisch onderzoek te (laten) verrichten. De beoordelaars kozen eerder voor medicatie en/of voor spel(psycho)therapie als behandeling wanneer zich ernstige cognitieve problemen voordeden dan wanneer dit niet het geval was. Gezinstaxatie noemden ze bij ernstige cognitieve problemen juist niet.

Opmerkelijk is dat de indicatie voor onderzoek naar het cognitieve functioneren bij casussen waarin cognitieve problemen zich voordeden, niet zo vanzelfsprekend was als verwacht. Uit tabel 8 in bijlage 3 blijkt dat de beoordelaars zowel bij lichte als bij ernstige cognitieve problemen vaker cognitief onderzoek zouden verrichten dan wanneer deze problemen afwezig waren. De regressiecoëfficiënten waren echter lager dan .20, namelijk $b^*_{yx} = .13$ respectievelijk $b^*_{yx} = .18$.

De aanwezigheid van *emotionele problemen* leidde, zoals reeds eerder bleek, vaak tot een negatieve afweging. Dit wil zeggen, dat de aanwezigheid van emotionele problemen ertoe leidde dat beoordelaars bepaalde zorgactiviteiten eerder niet dan wel noemden. Voor zorg die (primair) op school gericht is leken ze juist niet te kiezen bij ernstige emotionele problemen van de jeugdige. Cognitief onderzoek noemden de beoordelaars noch bij lichte noch bij ernstige emotionele problemen als gepast. Advies aan en begeleiding van de leerkracht noemden ze niet als zich ernstige emotionele problemen voordeden.

(Spel)psychotherapie vonden de beoordelaars daarentegen wel een gepaste behandeling wanneer sprake was van ernstige emotionele problemen. Uit tabel 8 in bijlage 3 blijkt dat de beoordelaars bij de keuze voor bescherming van de jeugdige wel enig belang hechtten aan het feit of de jeugdige ernstige emotionele problemen had, maar de coëfficiënt was lager dan .20 ($b^*_{yx} = .17$).

Sociale problemen van de jeugdige droegen in belangrijke mate bij aan de overweging of een gedragsmatige aanpak gepast was. De beoordelaars kozen eerder voor training van de sociale vaardigheden wanneer zich sociale problemen voordeden dan wanneer deze niet aanwezig waren. Gedragscorrectie en groepstherapie voor jeugdigen vonden de beoordelaars daarnaast gepaste behandelingen bij lichte sociale problemen. Voor andere op het gedrag gerichte zorgactiviteiten, zoals gedragsobservatie en videohometraining, gold dit eveneens, maar minder sterk. De coëfficiënten kwamen niet boven de drempelwaarde van .20 uit ($b^*_{yx} = .13$ respectievelijk $b^*_{yx} = .18$, zie tabel 8 in bijlage 3).

Problemen op school, zoals wisselende leerprestaties of problemen met de leerkracht, speelden een rol van betekenis bij de indicatie voor onderzoek naar het functioneren op school ($b^*_{yx} = .24$). Voor de keuzen voor advies aan en begeleiding van de leerkracht was de aanwezigheid van problemen op school eveneens van belang ($b^*_{yx} = .22$ respectievelijk .20). Uit tabel 8 in bijlage 3 is af te lezen dat de beoordelaars onderzoek naar het functioneren op cognitief niveau bij dergelijke problemen eveneens gepast vonden, maar over dit oordeel minder eenduidig waren

($b^*_{yx}=.18$). Uit deze tabel blijkt verder dat ze medicatie vaker *niet* dan wel noemden bij problemen op school ($b^*_{yx}=-.19$).

Het felt of de jeugdige *problemen in de vrije tijd* had, bijvoorbeeld als de jeugdige op straat zwierf of problemen had in relatie met leeftijdgenoten, bleek het grootste gewicht te hebben bij de keuze voor training van de sociale vaardigheden ($b^*_{yx}=.21$).

In het onderzoek zijn vier verschillende variabelen opgenomen die betrekking hadden op *problemen in de thuissituatie*. Al deze problemen in de thuissituatie speelden een rol bij de overweging voor bescherming van de jeugdige. De beoordelaars vonden bescherming van de jeugdige gepast bij *relatieproblemen tussen ouders en jeugdige*, die bijvoorbeeld tot uiting kwamen in gezagsproblemen of weglopen van de jeugdige ($b^*_{yx}=.21$). Bescherming van de jeugdige werd eveneens overwogen als de ouders *niet* over *spankracht* in de opvoeding beschikten ($b^*_{yx}=-.22$). Hoewel de regressiecoëfficiënten onder de drempelwaarde lagen, noemden de beoordelaars ook vaker bescherming van de jeugdige als sprake was van *individuele problemen en/of relatieproblemen van de ouders* dan wanneer deze problemen in de thuissituatie zich niet voordeden ($b^*_{yx}=.07$ respectievelijk .11, zie tabel 8 in bijlage 3).

Als de ouders over *onvoldoende capaciteiten* beschikten om de opvoeding van hun kind aan te kunnen, noemden de beoordelaars advies aan de leerkracht *niet* als gepast ($b^*_{yx}=-.21$). Dit betekent dat ze een dergelijk advies wel gepast vonden bij voldoende opvoedingscapaciteiten of spankracht van de ouders. Uit de resultaten bleek dat dit, zij het in mindere mate, ook gold voor andere zorgactiviteiten die te maken hebben met school. Onderzoek naar het schoolfunctioneren en begeleiding van de leerkracht noemden de beoordelaars namelijk evenmin als gepast, als de ouders over onvoldoende opvoedingscapaciteiten beschikten ($b^*_{yx}=-.15$ respectievelijk $b^*_{yx}=-.18$, zie tabel 8 in bijlage 3).

In paragraaf 6.3 is beschreven dat de nominale associaties een positief verband aangaven tussen de keuze voor medicatie en onvoldoende opvoedingscapaciteiten van de ouders. De resultaten van de logistische regressie lieten zien dat het verband deels verklaard wordt door de probleemkenmerken in de casus. Door de invloed van andere probleemkenmerken op de keuze voor medicatie gelijk te houden werd het verband met onvoldoende opvoedingscapaciteiten zwakker. De veronderstelling, dat indicatiestellers er impliciet van uitgaan dat een gebrek aan opvoedingscapaciteiten samengaat met andere problemen, kon echter niet geheel verworpen worden en zou nader onderzocht moeten worden.

Sociale vaardigheidstraining vonden de beoordelaars meer gepast bij een middelmatige *duur van de problematiek* (3 maanden tot een jaar) dan wanneer de problematiek korter dan drie maanden of langer dan een jaar duurde ($b^*_{yx}=.20$). Bij een lange duur (langer dan een jaar) vonden ze deze zorgactiviteit meer gepast dan wanneer de problematiek nog geen jaar duurde, maar het verband was minder sterk

($b^*_{yx}=.18$).

De samenhang tussen *leeftijd* en een aantal zorgactiviteiten die op basis van associatie geconstateerd werd (zie paragraaf 6.3), kwam ook weer uit de logistische regressie-analyses naar voren. Dit betekent dat leeftijd een belangrijke bijdrage blijft leveren aan de indicatie als rekening gehouden wordt met de invloed van de probleemkenmerken. Gedragstherapie en video-hometraining vonden de beoordelaars, ondanks de invloed van de probleemkenmerken, meer gepast bij de 0-12-jarigen dan bij 13-18-jarigen. Advies en begeleiding van de leerkracht prefereerden de beoordelaars bij jeugdigen van 0-12 jaar, ook als rekening gehouden werd met de probleemkenmerken. De logistische regressiecoëfficiënt kwam echter niet boven de drempelwaarde uit (zie tabel 8 in bijlage 3). De voorkeur voor cognitief onderzoek bij jeugdigen van 0-12 jaar verdween echter geheel nadat de probleemkenmerken in de analyse waren opgenomen. Opmerkelijk is dat de beoordelaars vaker medicatie (lieten) voorschrijven bij jeugdigen van 0-12 jaar dan bij jeugdigen van 13-18 jaar. Uit de afzonderlijke associatiematen kwam dit niet naar voren.

Advies aan de jeugdige vonden de beoordelaars gepast als het jeugdigen van 13 tot 18 jaar betrof. Uit tabel 8 in bijlage 3 blijkt dat ze ook gezins(psycho)therapie bij deze leeftijdsgroep nog steeds gepast vonden, wanneer rekening gehouden werd met de invloed van de andere probleemkenmerken. De regressiecoëfficiënt kwam echter niet boven de drempelwaarde uit ($b^*_{yx}=.13$).

Bij *meisjes* vonden de beoordelaars relatief vaak lichamelijk onderzoek gepast. Dit suggereert dat beoordelaars impliciet rekening hielden met andere kenmerken van de problematiek, die niet noodzakelijk in de casussen opgenomen waren.

6.6 Ontbrekende en zwakke verbanden

In de vorige paragraaf zijn de probleemkenmerken beschreven die een bijdrage van betekenis vervulden aan de keuzen voor de zorgactiviteiten. Het aantal verbanden dat uit de analyses naar voren kwam was relatief klein. In tabel 6.2 staan vijf probleemkenmerken niet vermeld. Het betreft individuele problemen en relatieproblemen van de ouders, de kwetsbaarheid van de jeugdige, sociale steun van belangrijke andere personen dan de ouders en eerder contact met de hulpverlening. Voor deze vijf probleemkenmerken is op grond van de resultaten dus niet of heel beperkt aan te geven welke zorg de beoordelaars hierbij vinden passen. Daarnaast lijkt een aantal van de gevonden verbanden voor de hand te liggen, zoals bijvoorbeeld het feit dat lichamelijke problemen een belangrijke rol spelen bij de beoordeling of lichamelijk onderzoek gepast is. Andere verbanden, die eveneens voor de hand liggen, zijn echter niet naar voren gekomen. In deze paragraaf worden daarvan enkele voorbeelden gegeven. Deze voorbeelden dienen enkel ter illustratie van het feit dat er voor samenhangen die voor de hand liggen niet vanzelfsprekend empirisch bewijs is. Een uitputtende bespreking van dit onderwerp valt buiten het bestek van dit proefschrift. Voorafgaand aan de analyse van de gegevens zijn immers geen hypo-

thesen geformuleerd over verwachte samenhangen tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten.

Zo mag bijvoorbeeld verwacht worden dat beoordelaars onderzoek naar het functioneren van de jeugdige op een bepaald gebied gepast vinden, als de jeugdige problemen op dit gebied vertoont. Dit bleek niet voor alle functiegebieden op te gaan of slechts marginaal. In paragraaf 6.5 is reeds aangegeven dat het verband tussen cognitieve problemen en onderzoek naar het cognitieve functioneren niet zo sterk was. Hetzelfde gold voor de verwachte samenhang tussen sociale problemen en onderzoek naar het sociaal-emotioneel functioneren ($b^*_{yx}=.14$ voor lichte sociale problemen en $b^*_{yx}=.08$ voor ernstige sociale problemen) en die tussen problemen in de vrijetijdsbesteding en onderzoek naar het functioneren in de vrije tijd ($b^*_{yx}=.09$).

De verwachte significante samenhang tussen emotionele problemen en onderzoek naar het sociaal-emotioneel functioneren was er wel (zie tabel 8 in bijlage 3). Deze trad echter alleen op als sprake was van lichte emotionele problemen, de regressiecoëfficiënt was erg laag ($b^*_{yx}=-.09$) en de samenhang was tegengesteld aan de verwachting. Sociaal-emotioneel onderzoek werd juist niet geïndiceerd, als een jeugdige lichte emotionele problemen had.

Een ander voorbeeld van voor de hand liggende verbanden die niet gevonden zijn, heeft betrekking op de indicatie voor zorgactiviteiten die mogelijk van belang zouden kunnen zijn bij de aanpak van problemen op school. Bij de keuze voor training van de schoolvaardigheden en voor remedial teaching, speelden problemen op school nauwelijks een rol. Hetzelfde gold voor de keuze voor activiteiten met betrekking tot advies en begeleiding van de ouders.

Tot slot is opmerkelijk dat bij de keuze voor gezinstaxatie de (onvoldoende) opvoedingscapaciteiten van de ouders geen rol van betekenis speelden. Deze waren evenmin van belang bij de keuze voor videohometraining, een zorgactiviteit die juist ter ondersteuning van de opvoeding geïndiceerd wordt.

6.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is ingegaan op de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag. Er is een antwoord gezocht op de vraag welke samenhang er is tussen de probleemkenmerken en de afzonderlijke zorgactiviteiten.

Eerst zijn de gehanteerde analysetechnieken besproken. Er is gebruik gemaakt van de nominale associatiemaat phi om de afzonderlijke samenhangen tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten te beschrijven. De (pseudo) R^2 diende als maat voor de voorspelbaarheid van de zorgactiviteiten door de probleemkenmerken. De gestandaardiseerde logistische regressiemaat b^*_{yx} is gebruikt om de resultaten zowel vanuit de zorgactiviteiten als vanuit de probleemkenmerken te kunnen benaderen.

De samenhang die in dit onderzoek is gevonden tussen afzonderlijke probleemkenmerken en zorgactiviteiten die beoordelaars gepast vonden was over het algemeen niet groot. Op basis van de associatiemaat (ϕ) is het grootste verband gevonden tussen leeftijd en advies aan de jeugdige. Advies vonden beoordelaars met name gepast aan jeugdigen van 13 tot 18 jaar en ook als de ouders relatieproblemen hadden. Cognitief onderzoek, advies aan en begeleiding van de leerkracht, gedragsobservatie, video-hometraining en lichamelijk onderzoek kozen ze vaker bij de jeugdigen van 0 tot 12 jaar dan bij 13-18-jarigen. Verder speelden bij de keuze voor lichamelijk onderzoek en voor functiegericht onderzoek lichamelijke problemen een rol. Lichamelijk onderzoek noemden de beoordelaars niet bij problemen in de relatie van de jeugdige met de ouders. Voor psychiatrisch onderzoek en/of (spel)psychotherapie kozen de beoordelaars bij ernstige cognitieve problematiek. Onderzoek naar het functioneren op school en advies aan de leerkracht vonden ze bij problemen op school passen. De beoordelaars kozen vaker voor medicatie als de ouders over onvoldoende opvoedingscapaciteiten beschikten, maar niet als de jeugdige lichte emotionele problemen had.

In de logistische regressie-analyse is rekening gehouden met de invloed van andere probleemkenmerken op de keuze van de zorgactiviteiten. Bij negen zorgactiviteiten was de keuze op basis van de probleemkenmerken relatief goed te voorspellen ($R^2 \geq .20$). Voor deze zorgactiviteiten is beschreven welke probleemkenmerken bijdroegen aan de keuze ervan. Vervolgens is vanuit de probleemkenmerken beschreven aan welke keuze ze een bijdrage van betekenis vervulden ($b^*_{yx} \geq .20$).

Uit de logistische regressie-analyses kwamen grotendeels dezelfde verbanden naar voren als op basis van de associatie. De resultaten van deze analyses wijzen op interactie-effecten tussen de verschillende probleemkenmerken, die sommige verbanden versterken en andere afzwakken. Door rekening te houden met de invloed van andere probleemkenmerken op de keuze van de zorg verdween het verband tussen leeftijd en cognitief onderzoek zelfs helemaal.

Daarnaast bleken er echter nog andere verbanden naar voren te komen. Lichamelijke problemen bleven van belang voor de indicatie voor lichamelijk onderzoek. Het feit of zich ernstige lichamelijke problemen voordeden speelde behalve voor de keuze voor functiegericht onderzoek ook een rol voor die voor medicatie.

Bij ernstige cognitieve problemen indiceerden de beoordelaars, ook nadat rekening gehouden was met andere probleemkenmerken, vaak psychiatrisch onderzoek. Bij de keuze voor medicatie en/of (spel)psychotherapie speelden deze problemen eveneens een rol van betekenis. Gezinstherapie noemden ze juist niet als deze problemen zich voordeden. Bij lichte cognitieve problemen van de jeugdige noemden de beoordelaars begeleiding van de ouders niet als gepast.

Bij emotionele problemen noemden de beoordelaars geen cognitief onderzoek. Bij ernstige emotionele problemen noemden ze advies aan en begeleiding van de leerkracht niet. (Spel)psychotherapie vonden ze wel gepast als behandeling bij dergelijke problemen.

De keuze voor training van de sociale vaardigheden lieten de beoordelaars sterk afhangen van de aanwezigheid van sociale problemen, maar ook van problemen in de vrijetijdsbesteding. Als deze problemen aanwezig waren en/of als de problematiek van middellange duur (3 maanden tot een jaar) was, kozen ze eerder voor sociale vaardigheidstraining dan wanneer dit niet het geval was. Gedragscorrectie en groepstherapie voor jeugdigen vonden ze ook gepast bij lichte sociale problemen.

Problemen op school waren van belang wanneer de beoordelaars kozen voor zorg die gericht was op (begeleiding van) het functioneren op school.

Bij de indicatie voor bescherming van de jeugdige speelden problemen in de thuissituatie een rol.

Ook nadat rekening gehouden was met de probleemkenmerken vonden de beoordelaars advies aan de jeugdige op zijn plaats bij jeugdigen van 13-18 jaar en niet zozeer bij jeugdigen van 0-12 jaar. Gedragsobservatie en videohometraining vonden zij meer gepast bij jeugdigen van 0-12 jaar dan bij de 13-18-jarigen.

Lichamelijk onderzoek vonden de beoordelaars gepast als het meisjes betrof en niet bij jongens.

Individuele en relatieproblemen van de ouders, de *kwetsbaarheid* of de weerbaarheid van de jeugdige, het feit of de jeugdige *sociale steun* ondervond van andere belangrijke personen dan de ouders, zoals de leerkracht of de voetbaltrainer, en het feit of de jeugdige reeds eerder *contact met de hulpverlening* had gehad, hingen nauwelijks samen met de zorg die beoordelaars gepast vonden.

De verbanden die gevonden zijn lagen deels voor de hand. Bij lichamelijke problemen bijvoorbeeld was lichamelijk onderzoek noodzakelijk en bij problemen op school richtten de beoordelaars de zorg op de school en de betrokken leerkracht. Andere verbanden die eveneens voor de hand lagen zijn daarentegen niet gevonden, zoals een indicatie voor gezinstaxatie of voor videohometraining als de ouders over onvoldoende opvoedingscapaciteiten beschikten.

7 Zorgcombinaties

Er zijn redenen om aan te nemen dat vooral geïntegreerde kwaliteitsprogramma's met een diversiteit aan goed geplande activiteiten goed werken, maar welke programma's voor welke doelen in welke setting het beste zijn, weten we niet.

(Grol, 1999, p.19)

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de combinaties van zorgactiviteiten die onderscheiden zijn in het onderzoek. Bovendien wordt beschreven hoe deze zorgcombinaties samenhangen met de probleemkenmerken, met de ernst en complexiteit van de problematiek en met kenmerken van de indicatiesteller. Uitgangspunt voor dit hoofdstuk zijn de onderzoeksvragen 2 tot en met 5:

- 2. Welke combinaties van zorgactiviteiten zijn te onderscheiden?*
- 3. Welke kenmerken in de problematiek van jeugdigen dragen significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die indicatiestellers gepast vinden?*
- 4. In hoeverre dragen de ernst en de complexiteit van de problematiek significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die indicatiestellers gepast vinden?*
- 5. In hoeverre dragen kenmerken van de indicatiestellers (discipline, functie, werkervaring, sector) significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die zij gepast vinden?*

Eerst wordt in paragraaf 7.2 ingegaan op de gehanteerde datareductietechniek om het grote aantal zorgactiviteiten terug te brengen tot een kleiner aantal. Aansluitend staan in paragraaf 7.3 de onderscheiden zorgcombinaties beschreven.

Daarna worden de resultaten met betrekking tot de zorgcombinaties beschreven. In de paragrafen 7.4 en 7.5 wordt ingegaan op het antwoord op onderzoeksvraag 3. In deze paragrafen wordt de samenhang tussen de zorgcombinaties en de probleemkenmerken beschreven.

In paragraaf 7.6 komt het antwoord op vraag 4 aan de orde. In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre de ernst en complexiteit van de problematiek de keuze voor elke zorgcombinatie bepalen.

Daarna wordt het antwoord op vraag 5 geformuleerd. In paragraaf 7.7 wordt ingegaan op de samenhang tussen kenmerken van de indicatiesteller en de keuze van de zorgcombinaties.

In paragraaf 7.8 volgt tot slot een samenvatting van dit hoofdstuk.

7.2 Datareductietechniek voor de zorgactiviteiten

Het aantal onderscheiden zorgactiviteiten was te groot om duidelijk inzicht te geven in de relatie tussen probleemkenmerken en gepaste zorg. Daarom is met behulp van

een datareductietechniek het grote aantal zorgactiviteiten teruggebracht tot een kleiner aantal. Hierbij is een tweestapsprocedure gevolgd, waarbij een combinatie van twee datareductiemethoden gebruikt is, namelijk **Principal Component analysis by Alternating Least Squares (Princals)** en de klassieke **Principale Componenten-Analyse (PCA)** (Dunteman, 1989).

De variabelen zijn eerst met behulp van Princals herschaald. Op de herschaalde variabelen is vervolgens een principale componentenanalyse toegepast. Het voordeel van deze twee-stapsmethode is dat de zorgactiviteiten eerst op een verantwoorde manier, namelijk als nominale variabelen, meegenomen zijn in een non-parametrische analysetechniek. Vervolgens is in de tweede stap een parametrische techniek toegepast, waardoor de resultaten relatief gemakkelijk te interpreteren zijn.

In de principale componentenanalyse is een varimax-rotatie toegepast, waardoor elke zorgactiviteit aan één dimensie wordt toegewezen (Dunteman, 1989). De onderscheiden dimensies zijn in dit onderzoek benoemd als zorgcombinaties. Met principale componentenanalyse bestaat ook de mogelijkheid om elke zorgactiviteit aan meer dimensies toe te laten wijzen (oblimin-rotatie). Sommige zorgactiviteiten, bijvoorbeeld 'gesprekken met de jeugdige' of 'begeleiding van de ouders', kunnen dan deel uitmaken van meer zorgcombinaties. Mogelijk doet dit meer recht aan de praktijk. Het maakt de interpretatie echter minder eenduidig. Om deze reden is in dit onderzoek gebruik gemaakt van varimax-rotatie.

Op basis van de resultaten van de principale componentenanalyse zijn de zorgcombinaties samengesteld. Om te worden toegewezen aan een zorgcombinatie diende een zorgactiviteit een lading van minimaal .40 (Stevens, 1992) te hebben (zie ook tabel 7.1). Deze lading diende alleen als criterium voor het toewijzen van een zorgactiviteit aan een zorgcombinatie. Voor verdere analyse van de samenhang van deze zorgcombinaties met de onafhankelijke variabelen is deze lading niet gebruikt. Hiertoe is in het onderzoek bij elke indicatie, die gesteld is, aan elke zorgcombinatie een bepaalde waarde toegekend, de zogenaamde componentenscore. Er bestaan verschillende mogelijkheden om de componentenscore te bepalen (Dunteman, 1989). Gekozen is voor de optie om elke afzonderlijke zorgactiviteit, die deel uitmaakte van de zorgcombinatie, een gewicht van 1 op deze zorgcombinatie te geven. De zorgactiviteiten die er geen deel van uitmaakten kregen een gewicht van 0. De componentenscore bij elke beoordeling was dus afhankelijk van het aantal zorgactiviteiten, waaruit de betreffende zorgcombinatie was samengesteld en dat bij deze beoordeling als gepast genoemd is. Als bijvoorbeeld een beoordelaar 'advies van de leerkracht' en 'begeleiding van de leerkracht' gepast vond bij een bepaalde casus, kreeg de zorgcombinatie 'Schoolse begeleiding' (zie tabel 7.1) een componentenscore van 2 bij deze indicatie.

Een groot voordeel van deze methode boven andere methoden is de eenvoud. Bij deze eenvoudige methode tellen alleen de zorgactiviteiten mee waaruit de zorgcombinatie is samengesteld en wel met een gewicht van 1. Bij andere methoden zou

elke zorgactiviteit met een ander gewicht bijdragen aan de componentscore van elke zorgcombinatie. Voor elke zorgcombinatie zou een complexe formule opgesteld moeten worden met voor elke zorgactiviteit een ander gewicht. Uit onderzoek is gebleken dat de resultaten op basis van de eenvoudige methode nauwelijks verschillen van de resultaten op basis van de andere, meer complexe methoden (Dowie & Elstein, 1988; Dunteman, 1989; Grizenko & Fisher, 1992). Om deze reden is deze, relatief eenvoudige en gemakkelijk te interpreteren componentscore gekozen als uitgangspunt voor verdere analyses.

7.3 Geïdentificeerde zorgcombinaties

In hoofdstuk 5 is reeds aangegeven dat de zorgactiviteit 'advies aan de ouders' is weggelaten uit de principale componentenanalyse om zorgcombinaties te identificeren. Bij bijna alle casussen beschouwde twee derde van de beoordelaars deze zorgactiviteit als gepast. Uit de logistische regressie-analyse van 'advies aan de ouders' op probleemkenmerken (zie ook hoofdstuk 6) bleek dat deze zorgactiviteit, volgens verwachting, nauwelijks differentieerde naar problematiek. Door de zorgactiviteit uit de principale componentenanalyse te laten ontstond een goed te interpreteren oplossing, waarvan alle overige zorgactiviteiten deel uitmaakten en die voldeed aan een aantal basisvoorwaarden (Stevens, 1992). Dit houdt in dat elke zorgactiviteit een minimale lading van .40 had op ten minste één zorgcombinatie. Het verschil tussen de ladingen van één zorgactiviteit op verschillende zorgcombinaties was zo groot dat het weinig twijfel opleverde over de toewijzing van de zorgactiviteiten aan de zorgcombinaties.

Er zijn 13 zorgcombinaties onderscheiden met een minimale eigenwaarde van .99. Deze staan in tabel 7.1 vermeld in volgorde van verklaarde variantie, dat wil zeggen, dat de eerstgenoemde zorgcombinatie de meeste variantie verklaarde, de zorgcombinatie die als tweede genoemd is, verklaarde de een-na-meeste variantie, enzovoort.

Slechts één variabele had een lading van meer dan .40 op twee zorgcombinaties. 'Onderzoek naar het schoolfunctioneren' vormde samen met 'onderzoek naar het functioneren in de vrije tijd' de zorgcombinatie 'Onderzoek naar het functioneren op de verschillende levensterreinen', maar was blijkbaar ook verwant aan de activiteiten die te maken hebben met 'Schoolse begeleiding', de eerste zorgcombinatie in de tabel. Besloten is om de zorgactiviteit onder te brengen bij de derde zorgcombinatie 'Onderzoek naar het functioneren op de levensterreinen'. De lading op deze zorgcombinatie was namelijk veel groter dan de lading op 'Schoolse begeleiding', die net boven het minimale criterium van .40 uitkwam.

Tabel 7.1: Overzicht van zorgcombinaties op basis van principale componentenanalyse met varimaxrotatie, met eigenwaarde, verklaarde variantie, zorgactiviteiten die hoog laden, de bijbehorende componentladingen en eventuele hoge ladingen op andere combinaties van zorg.

Zorgcombinatie	Eigenwaarde	% Verklaarde variantie	Zorgactiviteiten	Lading	Lading op andere zorgcombinatie
1. Schoolse begeleiding	3.0	9.1	cognitief onderzoek advies aan leerkracht begeleiding van leerkracht remedial teaching	.44 .73 .76 .50	.36 (com. 9)
2. Gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding	2.1	6.3	gedragsobservatie begeleiding van ouders gedragscorrectie video-hometraining	.58 .52 .48 .64	-.32 (com.10)
3. Onderzoek naar het functioneren op de levensterreinen	1.7	5.2	onderzoek schoolfunctioneren onderzoek functioneren vrije tijd	.69 .82	.41 (com. 1)
4. (Medisch) psychiatrische zorg	1.6	4.8	psychiatrisch onderzoek medicatie	.79 .70	
5. Functiegerichte zorg	1.4	4.3	lichamelijk onderzoek functiegericht onderzoek functiegerichte therapie	.52 .71 .67	
6. Vaardigheidstraining	1.3	4.0	training sociale vaardigheden training schoolvaardigheden begeleiding vrije tijd	.53 .64 .61	.31 (com. 3)
7. Bescherming	1.2	3.8	bescherming van jeugdige bescherming van gezin begeleiding van groepsleiding	.63 .69 .61	.31 (com.10) -.40 (com.13)
8. Op gezin gerichte zorg	1.2	3.5	gezinstaxatie gezins(psycho)therapie	.75 .79	
9. Emotioneel- sociale zorg	1.1	3.4	sociaal-emotioneel onderzoek groepstherapie van jeugdige activiteitentherapie	.65 .40 .63	
10. Onderzoek naar mogelijkheden voor uitplaatsing	1.1	3.3	onderzoek door Raad voor de Kinderbescherming verblijf elders (niet thuis)	.63 .60	.36 (com. 7)
11. Advies en begeleiding van de jeugdige	1.0	3.1	advies aan jeugdige begeleiding van jeugdige	.59 .78	
12. Gedragstherapie*	1.0	3.0	gedragstherapie (niet) (spel)psychotherapie	.70 -.66	.34 (com. 4)
13. Therapeutische gezinsverpleging	0.99	3.0	Therapeutische gezinsverpleging	.75	

* Geherformuleerd tot (spel)psychotherapie.

Totaal verklaarde variantie door de 13 zorgcombinaties is 56.9%; KMO maat voor sampling adequacy= .67; communaliteiten van de afzonderlijke variabelen in de analyse variëren van .37 tot .74.

Verder laadde 'begeleiding van de groepsleiding' hoog op de zorgcombinatie 'Bescherming', maar ook op 'Therapeutische gezinsverpleging' (zorgcombinatie 13). Op deze laatste zorgcombinatie was de lading echter negatief. Dit betekent, in overeenstemming met de dagelijkse praktijk, dat 'begeleiding van de groepsleiding' niet samengaat met 'therapeutische gezinsverpleging'. Het eerste veronderstelt immers een plaatsing in een kliniek of in een tehuis, terwijl het tweede een pleeggezinplaatsing inhoudt. Omdat 'begeleiding van de groepsleiding' op de zorgcombinatie 'Bescherming' een hogere lading had dan op de laatste zorgcombinatie en omdat een positieve lading gemakkelijker te interpreteren is dan een negatieve, bleef deze variabele gerangschikt onder zorgcombinatie 7 'Bescherming'.

Op de zorgcombinatie 'Gedragstherapie' had gedragstherapie een positieve en (spel)psychotherapie een negatieve lading. Beide therapieën vormden elkaars complement. Dit betekent dat als beoordelaars gedragstherapie gepast vonden, (spel)psychotherapie expliciet niet gepast was. Over het algemeen kwamen er uit de analyses meer negatieve dan positieve verbanden naar voren. Een positieve samenhang is echter gemakkelijker te beschrijven en te interpreteren. Om deze reden is besloten de resultaten te spiegelen en deze zorgcombinatie '(spel)psychotherapie' te noemen. Dit houdt in dat positieve verbanden in de tabellen en bij de beschrijving van de zorgcombinatie betekenen dat beoordelaars (spel)psychotherapie gepast vonden. Bij negatieve verbanden vonden de beoordelaars gedragstherapie gepast. Overigens kon uit de resultaten geconcludeerd worden dat beoordelaars bij (spel)psychotherapie dachten aan psychodynamische psychotherapie. Omdat dit echter niet expliciet aan alle beoordelaars gevraagd is, is de naam (spel)psychotherapie gehandhaafd.

Behalve 'Therapeutische gezinsverpleging' zijn alle zorgcombinaties uiteindelijk uit meerdere zorgactiviteiten samengesteld, die de beoordelaars vaak samen noemden. Deze zorgactiviteiten vormden dus samen in aanvulling op elkaar een pakket van zorg.

'Therapeutische gezinsverpleging' bestond uit één zorgactiviteit. Een van de consequenties hiervan was, dat bij verdere analyses op 'Therapeutische gezinsverpleging' steeds een logistische regressie-analyse uitgevoerd is, terwijl op alle andere zorgcombinaties (multiple) lineaire regressie-analyses zijn uitgevoerd. Voor vergelijking van de resultaten zijn voor 'Therapeutische gezinsverpleging' steeds de logistische regressiematen berekend, die vergelijkbaar zijn met de lineaire regressiematen. Het gaat hierbij om de gestandaardiseerde logistische regressiemaat b^*_{yx} en R^2 , zoals deze in hoofdstuk 6 zijn beschreven. Bij de presentatie van de resultaten is dit verschil in analyse niet steeds opnieuw vermeld, maar is volstaan met een verwijzing naar deze paragraaf.

Voorafgaand aan de analyses op samenhang van de zorgcombinaties met de probleemkenmerken is nogmaals de mate van overeenstemming tussen de beoor-

delaars berekend. De berekening is op dezelfde wijze uitgevoerd als die in hoofdstuk 5 is beschreven. In tegenstelling tot bij de berekening in hoofdstuk 5 is echter niet uitgegaan van de beoordeling van de afzonderlijke zorgactiviteiten, maar van die van de zorgcombinaties. De resultaten van deze berekening staan in tabel 9 in bijlage 3. Uit deze tabel blijkt dat de overeenstemming over de gepastheid van de zorgcombinaties 55,4% van alle beoordelingen betreft. Dit percentage is lager dan het percentage overeenstemming gebaseerd op de afzonderlijke zorgactiviteiten (76%). In vergelijking met dit laatste percentage is de overeenstemming op basis van de zorgcombinaties echter relatief meer gebaseerd op overeenstemming over de zorg die de beoordelaars gepast vonden (18% tegenover 3%) en relatief minder op zorg die ze niet noemden als gepast (38% tegenover 73%). De mate van overeenstemming werd voldoende geacht voor nadere analyse van de zorgcombinaties.

7.4 Zorgcombinaties en probleemkenmerken

In deze paragraaf worden de resultaten gepresenteerd van de samenhang tussen de probleemkenmerken en de zorgcombinaties. Tabel 7.2 geeft een overzicht van de resultaten van de (multiple) lineaire regressie-analyses (en één logistische, zie paragraaf 7.3), die hiertoe zijn uitgevoerd. Per zorgcombinatie is de verklaarde variantie aangegeven in R^2 . Deze geeft aan hoe goed de probleemkenmerken de keuze van elke zorgcombinatie voorspellen. De door de probleemkenmerken voorspelde waarden liepen enigszins uiteen, maar waren alle relatief laag. Ze varieerden van .05 tot .35. Omdat gebruik is gemaakt van dummyvariabelen, kunnen de resultaten bij deze relatief lage voorspelde waarden toch aanwijzingen geven voor de problemen waarbij de beoordelaars de zorgcombinaties gepast vonden (zie ook hoofdstuk 5). Alle significante probleemkenmerken verklaren een deel van de variantie in de zorgcombinaties. De bijdrage van probleemkenmerken met een gewicht dat lager is dan $|.20|$ is echter beperkt. In de beschrijving van de zorgcombinaties die hierna in de paragrafen 7.4.1 tot 7.4.13 volgt zullen in principe alleen de probleemkenmerken met een gewicht van ten minste $|.20|$ genoemd worden. Als het om probleemkenmerken met een lager gewicht gaat, zal dit expliciet vermeld worden.

7.4.1 Schoolse begeleiding

Schoolse begeleiding vonden de beoordelaars met name gepast bij jeugdigen met problemen op school. Waren deze problemen emotioneel van aard, dan noemden ze deze zorgcombinatie niet als gepast. Als de ouders over voldoende capaciteiten beschikten om de opvoeding aan te kunnen, zagen de beoordelaars begeleiding op school wel als gepast. Hoewel de coëfficiënten lager dan .20 waren, indiceerden de beoordelaars deze zorgcombinatie relatief vaker bij jongens en bij jeugdigen van 0-12 jaar dan bij meisjes respectievelijk bij 13-18-jarigen. De overige probleemkenmerken droegen weinig of niets bij aan de keuze van deze zorgcombinatie.

De keuze voor schoolse begeleiding kon in vergelijking met die voor de andere zorgcombinaties het best door de probleemkenmerken voorspeld worden: $R^2=.35$.

De probleemkenmerken die het meeste bijdroegen aan de keuze van de beoordelaars voor schoolse begeleiding waren, in volgorde van gewicht: de afwezigheid van emotionele problemen van de jeugdige, problemen op school en de beschikking over voldoende opvoedingscapaciteiten van de ouders.

7.4.2 Gedragmatige begeleiding bij de opvoeding

Gedragmatige begeleiding bij de opvoeding was de tweede zorgcombinatie. Deze vorm van begeleiding vonden de beoordelaars met name gepast bij jeugdigen van 0-12 jaar en bij sociale problemen.

Opmerkelijk is dat problemen in de thuissituatie er eigenlijk niet toe deden voor de keuze van deze zorgcombinatie. Zowel bij onvoldoende opvoedingscapaciteiten als bij spankracht, dat wil zeggen meer dan voldoende opvoedingscapaciteiten van de ouders, vonden de beoordelaars gedragmatige begeleiding gepast. Of er voor het overige problemen bij de ouders of in de thuissituatie waren en in welke combinatie ze eventueel voorkwamen, maakte voor de keuze van deze zorgcombinatie niet uit.

De probleemkenmerken verklaarden 23% van de variantie. Na de leeftijd van de jeugdige (jonger dan 12 jaar) droeg de aanwezigheid van sociale problemen het meeste bij aan de keuze voor gedragmatige begeleiding bij de opvoeding.

7.4.3 Onderzoek naar het functioneren op de levensterreinen (buiten het gezin)

Onderzoek naar het functioneren op de levensterreinen buiten het gezin bestrijkt een vrij breed gebied. Dit bleek ook uit de resultaten van de multiple regressie-analyse. Alle significante regressiecoëfficiënten waren lager dan $|.20|$. Van alle probleemkenmerken bepaalden schoolproblemen ($\beta=.19$) de keuze voor dit onderzoek nog het meest. Bij emotionele problemen vonden de beoordelaars deze zorgcombinatie minder gepast ($\beta=-.14$). Problemen in de vrije tijd, het andere levensterrein buiten het gezin, speelden een minimale rol bij de keuze evenals problemen van de ouders of in de thuissituatie.

De door de probleemkenmerken voorspelde waarde bij deze zorgcombinatie was klein: $R^2=.11$. De significante probleemkenmerken hadden alle een gewicht kleiner dan $|.20|$.

Tabel 7.2: Verklaarde variantie (R^2) en gestandaardiseerde multiple regressiecoëfficiënten (β) van probleemkenmerken die significant bijdroegen aan de keuze van de zorgcombinaties ($p < .05$).

Probleemkenmerk	Zorgcombinatie ^①												
	school	opvoeding	levens-terreinen	psychi-atrisch	functie-gericht	training	bescher-ming	op gezin-gericht	emotio-neel-sociaal	uithuis-plaat-sing	advies-jeugdige	(spel)-psycho-therapie	TGV ^②
R^2	.35	.23	.11	.22	.29	.13	.13	.20	.11	.05	.23	.12	.10
	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	b^*
lichamelijke problemen licht	-.11				.20	-.12	-.22	.12		-.14		.13	-16
ernstig	.10			.08	.36	-.12	-.15	-.10		-.10	-.08	.12	
cognitieve problemen licht		-.14		.10		-.11	-.08	-.05			.07		
ernstig	.09			.36		-.13		-.23	.13		.07	.17	
emotionele problemen licht	-.28	-.14	-.13	-.20			.08	.08			.10	.07	.12
ernstig	-.32	-.14	-.14		-.05		.13	.07	.10		.11	.16	
sociale problemen licht		.21	.06	-.07	-.28	.28			.21		.06		
ernstig		.24			-.29	.20	.08	.13	.08				
schoolproblemen	.22	-.04	.19									.07	
vrijtijdsproblemen	.11		.08	.05	.05	.16	-.09	.04	.08	-.05		-.05	
individuele problemen ouders	-.07					-.10	.11	.20	-.08	.11	.05		
relatieproblemen ouders	-.05		.08	.10	-.19	.11	.14	.06	.18	.12	.07		
relatieprobl. ouders-jeugdige	.05		.05		-.20		.13	.06	.06			.10	.12
opvoedcapaciteit onvoldoende	-.20	.10	-.11	.21	.08		.09	.07	-.14	.12		-.06	
spankracht	-.10	.07		.05			-.07	.06				-.05	
kwetsbaarheid	.11	-.11	.05		.06		.06	-.14	.07		.10	.10	
steun significant others			.05			.07					.06	-.12	.12
duur 3mnd - 1 jaar	.05					.19		-.07	.15			-.07	
>1 jaar	.14	.17	.12		-.05	.15			.06		-.07	-.11	
eerder hulp	-.05	.05		.09	.04		.07			.07			
leeftijd (0= \leq 12 jr; 1= \geq 12 jr)	-.12	-.31			-.13		-.07	.08		-.16	.35	.15	.12
geslacht (0=jongens; 1=meisje)	-.17		-.14		.13	-.20		.14	-.16			-.11	

① Zorgcombinaties: zie toelichting bij tabel 7.5

② zie paragraaf 7.3.

7.4.4 (Medisch) psychiatrische zorg

(Medisch) psychiatrische zorg vonden de beoordelaars met name gepast als de jeugdige ernstige cognitieve problemen had en als de opvoedingscapaciteiten van de ouders onvoldoende waren. Had de jeugdige lichte emotionele problemen, dan noemden ze psychiatrische zorg juist niet als gepast. Of de jeugdige wel of geen ernstige emotionele problemen had, maakte voor de indicatie van (medisch) psychiatrische zorg niet uit. De overige probleemkenmerken die significant bijdroegen aan de keuze voor deze zorgcombinatie, waren van ondergeschikt belang.

Bij (medisch) psychiatrische zorg verklaarden de probleemkenmerken 22% van de variantie. De belangrijkste probleemkenmerken voor de indicatie voor deze zorgcombinatie waren de aanwezigheid van ernstige cognitieve problemen, onvoldoende opvoedingscapaciteiten van de ouders en de afwezigheid van lichte emotionele problemen.

7.4.5 Functiegerichte zorg

Functiegerichte zorg vonden de beoordelaars met name gepast bij jeugdigen met lichamelijke problemen. Voor ernstige lichamelijke problemen gold dit nog sterker dan voor lichte lichamelijke problemen. Er konden wel cognitieve en/of emotionele problemen meespelen, maar deze waren niet bepalend voor de keuze van functiegerichte zorg. Als de problemen sociaal van aard waren, dan noemden de beoordelaars deze zorgcombinatie *niet* als gepast. Ook de thuissituatie mocht niet erg verstoord zijn. Bij relatieproblemen, zowel tussen de ouders ($\beta = -.19$) als tussen ouders en hun kind ($\beta = -.20$), kozen de beoordelaars deze zorg *niet*.

Functiegerichte zorg vonden de beoordelaars, in vergelijking met de andere zorgcombinaties, bij een vrij duidelijke groep jeugdigen gepast. De door de probleemkenmerken voorspelde waarde was redelijk: $R^2 = .29$. De keuze voor deze zorgcombinatie werd voor het grootste deel bepaald door de aanwezigheid van lichamelijke problemen, de afwezigheid van sociale problemen en van relatieproblemen tussen ouders en tussen ouders en kind.

7.4.6 Vaardigheidstraining

Vaardigheidstraining indiceerden de beoordelaars met name bij sociale problemen en als het jongens betrof. Duurden deze problemen 3 maanden tot een jaar ($\beta = .19$), dan kon dit een aanvullende reden zijn om vaardigheidstraining te indiceren. Bij de keuze voor deze zorgcombinatie, waarvan ook begeleiding van de vrijetijdsbesteding deel uitmaakt, speelden problemen in de vrijetijdsbesteding een relatief kleine rol ($\beta = .16$).

De voorspellende waarde van de probleemkenmerken was beperkt: $R^2 = .13$. De beoordelaars vonden vaardigheidstraining met name gepast bij sociale problemen en bij jongens.

7.4.7 Bescherming

Bij de indicatie voor bescherming speelden bijna alle probleemkenmerken een kleine rol. Het belangrijkste waren lichte lichamelijke problemen bij de jeugdige. Als de jeugdige lichamelijke problemen had noemden de beoordelaars bescherming juist niet als gepast.

Hoewel de regressiecoëfficiënten kleiner dan .20 waren, vonden de beoordelaars bij alle problemen in de thuissituatie, hetzij individuele of relatieproblemen van de ouders, hetzij relatieproblemen tussen ouders en de jeugdige, hetzij gebrek aan voldoende opvoedingscapaciteiten van de ouders, bescherming van de jeugdige en/of het gezin gepast.

Evenals bij de voorgaande zorgcombinatie was de voorspellende waarde van de probleemkenmerken beperkt: $R^2 = .13$. Bij aanwezigheid van lichte lichamelijke problemen indiceerden de beoordelaars bescherming niet.

7.4.8 Op het gezin gerichte zorg

Zorg die gericht was op het gezin vonden de beoordelaars, niet zo verwonderlijk, gepast als er problemen in het gezin waren. Daarbij ging het met name om individuele problemen van de ouders. De overige problemen in de thuissituatie (relatieproblemen tussen ouders en tussen ouders en hun kind en de kwaliteit van de opvoedingscapaciteiten) waren van minimaal belang voor de keuze van deze zorg.

Had de jeugdige ernstige cognitieve problemen, dan noemden de beoordelaars deze zorgcombinatie juist niet als gepast. Bij de overige problemen in het functioneren van de jeugdige, bij weerbaarheid en als het om meisjes ging vonden ze deze zorg wel gepast, maar de rol van deze probleemkenmerken was klein ($\beta < .20$).

Bij deze zorgcombinatie was de door de probleemkenmerken verklaarde variantie groter dan bij de twee voorgaande zorgcombinaties: $R^2 = .21$. De probleemkenmerken die hierbij het grootste gewicht in de schaal legden waren individuele problemen van de ouders en de afwezigheid van ernstige cognitieve problemen.

7.4.9 Emotioneel-sociale zorg

De beoordelaars indiceerden emotioneel-sociale zorg relatief vaak als er sprake was van lichte sociale problemen van de jeugdige. Emotionele problemen bepaalden de keuze voor deze zorgvorm veel minder dan op grond van de naam verwacht zou mogen worden ($\beta = .10$).

De probleemkenmerken voorspelden relatief slecht of emotioneel-sociale zorg als gepast beschouwd werd: $R^2 = .11$. Het probleemkenmerk met het grootste gewicht bij de indicatie voor emotioneel-sociale zorg was de aanwezigheid van lichte sociale problemen.

7.4.10 Onderzoek naar de mogelijkheden voor een uithuisplaatsing

Of beoordelaars een onderzoek naar mogelijkheden voor een uithuisplaatsing indicieden, was op basis van de probleemkenmerken nauwelijks te voorspellen. Enkele probleemkenmerken speelden wel een significante rol, maar alle regressiecoëfficiënten waren lager dan .20. De beoordelaars leken de keuze voor deze zorgcombinatie te baseren op leeftijd (0-12 jaar) en de aanwezigheid van problemen in de thuissituatie. Relatieproblemen tussen ouders en jeugdige waren hierin niet doorslaggevend. Alle andere problemen in de thuissituatie waren relatief even (on)belangrijk.

De door de probleemkenmerken verklaarde variantie was laag: $R^2=.05$. De probleemkenmerken die significant bijdroegen aan deze keuze hadden alle een erg klein gewicht.

7.4.11 Advies en begeleiding van de jeugdige

Leeftijd was de meest beslissende factor in de keuze voor advies en begeleiding van de jeugdige. Beoordelaars hadden namelijk een voorkeur voor de genoemde zorgcombinatie bij jeugdigen van 13-18 jaar. Welke problemen zich precies voordeden was nauwelijks van belang. Problemen in het cognitieve, emotionele en sociale functioneren waren alle even (on)belangrijk. Of er problemen in de thuissituatie waren, maakte evenmin uit bij de indicatie voor deze zorgcombinatie. De gewichten van deze probleemkenmerken bij de keuze voor advies en begeleiding van de jeugdige waren veel kleiner dan het gewicht van leeftijd.

Bij deze zorgcombinatie verklaarden de probleemkenmerken 23% van de variantie, waarbij de leeftijd voor het grootste deel verantwoordelijk was voor dit percentage.

7.4.12 (Spel)psychotherapie

Als de beoordelaars de zorgcombinatie (spel)psychotherapie gepast vonden, betekent dit expliciet dat zij gedragstherapie niet gepast vonden. Voor deze therapieën gold dus dat de bijbehorende probleemkenmerken precies tegenovergesteld waren.

Of (spel)psychotherapie gepast was of gedragstherapie leek afhankelijk van bijna alle probleemkenmerken. Deze kenmerken speelden echter alle een kleine rol. Alle gewichten waren kleiner dan |.20|. Ernstige cognitieve ($\beta=.17$), ernstige emotionele problemen ($\beta=.16$) en leeftijd ($\beta=.15$) waren nog de belangrijkste probleemkenmerken bij de keuze. Als de genoemde problemen zich voordeden en bij 13-18-jarigen indicieden de beoordelaars eerder (spel)psychotherapie dan gedragstherapie. Problemen in de thuissituatie waren nauwelijks of niet van belang voor de keuze van een van deze therapieën. Blijkbaar is de keuze voor (spel)psychotherapie of juist voor gedragstherapie op grond van de probleemkenmerken wel te maken, maar is deze keuze niet zo gemakkelijk.

Het verschil tussen (spel)psychotherapie en gedragstherapie lijkt subtiel. De probleemkenmerken verklaarden de keuze voor de ene of de andere zorgcombinatie slecht: $R^2=.12$. De gewichten van alle probleemkenmerken, die bijdroegen aan de keuze waren laag.

7.4.13 Therapeutische gezinsverpleging

Therapeutische gezinsverpleging bestond maar uit één variabele en was eigenlijk geen zorgcombinatie. Deze zorgvorm is geanalyseerd door middel van logistische regressie-analyse. De analyse leverde weinig concrete informatie op.

Uit de resultaten bleek dat de keuze voor therapeutische gezinsverpleging op grond van de probleemkenmerken nauwelijks te voorspellen was: $R^2=.10$.

7.4.14 Illustratie van de resultaten

In de voorgaande paragrafen is aangegeven welke probleemkenmerken van belang waren bij de keuze voor een bepaalde zorgcombinatie. Ter verduidelijking worden de resultaten geïllustreerd aan de hand van een casus uit het onderzoek. Gekozen is voor de probleemsituatie van Joost. Na de beschrijving van de casus wordt aangegeven welke zorgcombinaties de beoordelaars gepast vonden voor Joost. Vervolgens wordt nagegaan op grond van welke probleemkenmerken de beoordeling tot stand zal zijn gekomen.

Als Joost op de kleuterschool zit, valt op dat hij niet kan stilzitten. Op advies van de RIAGG wordt hij doorgestuurd naar de neuroloog, die een neurologische afwijking constateert. Door de situatie voor Joost duidelijk te structureren kan hij korte taken uitvoeren.

Joost is nu 7 en zit alweer een half jaar in groep 3. Hij is heel erg druk, impulsief, ongeconcentreerd en heeft problemen met de leerkracht die zich hevig stoort aan zijn ongedurigheid. Zijn ouders weten geen raad met hem. Moeder is overspannen. Vader heeft voortdurend ruzie met hem. Na schooltijd gaat hij niet direct naar huis, maar zwerft rond. Vrienden heeft hij niet. Als de politie op een gegeven moment voor de deur staat, blijkt dat hij steelt. Ook thuis pakt hij wel eens geld weg. De ouders voelen zich machteloos.

In tabel 7.3 staat voor elke zorgcombinatie aangegeven welk percentage van de beoordelaars deze gepast vond voor Joost. Uit de tabel blijkt dat bijna alle beoordelaars het er over eens waren dat gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding (96%) en begeleiding op school (90%) gegeven dienden te worden aan Joost. Hoewel sommige beoordelaars therapeutische gezinsverpleging (6%) en/of een vaardigheidstraining (10%) noemden, kozen de meeste beoordelaars deze vormen van zorg juist niet.

Voor de indicatie voor schoolse begeleiding op school gaven wellicht de schoolproblemen de doorslag. Uit dit onderzoek kwam immers naar voren dat deze een groot gewicht in de schaal legden bij de keuze voor schoolse begeleiding (zie paragraaf 7.4.2).

Drie kwart van de beoordelaars indiceerde (medisch) psychiatrische zorg voor Joost. De onvoldoende opvoedingscapaciteiten van de ouders en de problemen in het cognitieve functioneren van Joost hebben wellicht tot deze indicatie geleid (zie paragraaf 7.4.4).

Tabel 7.3 Percentage beoordelaars dat elke zorgcombinatie gepast vond bij de casus Joost uit het onderzoek.

Zorgcombinatie	Percentage beoordelaars dat de zorgcombinatie gepast vond voor Joost (N=72)
Gedragmatige begeleiding bij de opvoeding	96
Schoolse begeleiding	90
(Medisch) psychiatrisch zorg	75
(Spel)psychotherapie	74
Gezinsgerichte zorg	63
Emotioneel- sociale zorg	60
Onderzoek levensterreinen	43
Funciegerichte zorg	35
Bescherming	25
Onderzoek uithuisplaatsing	14
Advies en begeleiding jeugdige	13
Vaardigheidstraining	10
Therapeutische gezinsverpleging	6

De keuze voor gedragmatige begeleiding bij de opvoeding is op grond van de resultaten van dit onderzoek minder duidelijk te herleiden. Volgens de resultaten van het onderzoek is de aanwezigheid van sociale problemen een belangrijk argument voor de indicatie van gedragmatige begeleiding bij de opvoeding (zie paragraaf 7.4.6). Datzelfde geldt echter voor de indicatie voor vaardigheidstraining. Voor Joost prefereerden de meeste beoordelaars begeleiding bij de opvoeding boven een vaardigheidstraining voor de aanpak van de sociale problemen. Op de uiteindelijke keuze van de zorg zal de aanwezigheid of de afwezigheid van andere kenmerken van de problematiek van invloed zijn geweest. In dit geval zou de leeftijd van Joost (0-12 jaar) samen met de gebrekkige opvoedingscapaciteiten van de ouders van doorslaggevend belang kunnen zijn geweest voor de keuze.

Ook de keuze voor (spel)psychotherapie is op grond van dit onderzoek niet zo gemakkelijk te herleiden. Aan deze keuze dragen veel probleemkenmerken bij, maar allen in lichte mate (zie tabel 7.2). Bij de problematiek van Joost is sprake van vier van deze kenmerken (lichamelijke problemen, ernstig cognitieve problemen, problemen op school en problemen in de relatie tussen de ouders en hun kind). Ondanks hun kleine bijdrage mogen ze blijkbaar toch niet over het hoofd gezien worden bij de indicatie. Ze dragen immers alle significant bij aan de keuze van de zorg. Het feit dat ze samen voorkomen in deze probleemsituatie heeft, voor zover te beoordelen, ervoor gezorgd dat bijna driekwart van de beoordelaars (spel)psychotherapie gepast

vond. Het aantal probleemkenmerken dat zich voordoet kan gezien worden als een aanwijzing voor de complexiteit van de problematiek. Op de samenhang tussen de complexiteit en ernst van de problematiek en de keuze van elke zorgcombinatie wordt in paragraaf 7.6 nader ingegaan. In de volgende paragraaf wordt eerst ingegaan op de vraag, die dit voorbeeld heeft opgeroepen, namelijk welke zorgcombinaties de beoordelaar kiest als zich een bepaald probleemkenmerk voordoet.

7.5 Probleemkenmerken en zorgcombinaties

In paragraaf 7.4 is per zorgcombinatie beschreven welke probleemkenmerken voor de keuze van belang waren. Bij elke zorgcombinatie leverde een groot deel van de probleemkenmerken daaraan een significante bijdrage. Slechts enkele kenmerken speelden echter een rol van betekenis voor de keuze.

In de dagelijkse praktijk kan de analyse achteraf van gestelde indicaties weliswaar inzicht geven in de bepaalde strategieën, maar is de indicatiesteller meer gebaat bij aanwijzingen welke zorg gepast is als bepaalde problemen zich voordoen. Om deze reden is vanuit de probleemkenmerken bekeken welke zorgcombinaties de beoordelaars gepast vonden. Omdat in tabel 7.2 gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten staan vermeld is het geoorloofd de tabel vanuit verschillende invalshoeken te benaderen. In paragraaf 7.4 is de tabel vanuit de zorgcombinaties benaderd. In deze paragraaf wordt de tabel vanuit de probleemkenmerken gelezen. Per probleemkenmerk wordt bekeken bij welke zorgcombinaties deze enige betekenis had voor de indicatie. Vergelijking van de coëfficiënten maakt het relatieve belang van het betreffende probleemkenmerk voor de keuze van elke zorgcombinatie duidelijk. Bij ernstige lichamelijke problemen zullen bijvoorbeeld meer beoordelaars functiegerichte zorg ($\beta = .36$) indiceren dan schoolse begeleiding ($\beta = .10$), hoewel beide zorgcombinaties gepast kunnen zijn (zie tabel 7.2).

Tabel 7.4 geeft een overzicht van probleemkenmerken die een gewicht hadden met een absolute waarde van minimaal .20 op een zorgcombinatie. Uit deze tabel wordt duidelijk dat elk probleemkenmerk bij de keuze voor hooguit enkele zorgcombinaties enige betekenis had.

De aanwezigheid van *lichamelijke problemen* van de jeugdige speelde een relatief grote rol bij de indicatie voor functiegerichte zorg. De aanwezigheid van *cognitieve problemen* speelde een rol van betekenis als indicatiestellers moesten beslissen of (medisch) psychiatrische zorg gepast was. Bij ernstige cognitieve problemen noemden de beoordelaars op het gezin gerichte zorg *niet* als gepast. Als er sprake was van *emotionele problemen*, dan leidden deze er eerder toe dat bepaalde zorgcombinaties niet dan wel genoemd werden: géén schoolse begeleiding en bij lichte emotionele problemen géén (medisch) psychiatrische zorg.

Tabel 7.4 Overzicht van probleemkenmerken en zorgcombinaties ($\beta \geq .20$, $p < .05$).

Probleemkenmerk*		Zorgcombinatie
lichamelijke problemen	licht	functiegerichte zorg, <i>geen</i> bescherming van de jeugdige of gezin
	ernstig	functiegerichte zorg
cognitieve problemen	licht	--
	ernstig	(medisch) psychiatrische zorg, <i>geen</i> op gezin gerichte zorg
emotionele problemen	licht	<i>geen</i> schoolse begeleiding, <i>geen</i> (medisch) psychiatrische zorg
	ernstig	<i>geen</i> schoolse begeleiding
sociale problemen	licht	vaardigheidstraining, gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding, emotioneel-sociale zorg, <i>geen</i> functiegerichte zorg
	ernstig	gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding, vaardigheidstraining, <i>geen</i> functiegerichte zorg
schoolproblemen	aanwezig	schoolse begeleiding
vrijtijdsproblemen	aanwezig	--
individuele problemen ouders	aanwezig	op gezin gerichte zorg
relatieproblemen ouders	aanwezig	--
problemen relatie ouder-kind	aanwezig	<i>geen</i> functiegerichte zorg
opvoedingscapaciteiten	onvoldoende	(medisch) psychiatrische zorg, <i>geen</i> schoolse begeleiding
	spankracht	--
kwetsbaarheid		--
steun significant others		--
duur problematiek		--
eerder hulp		--
leeftijd*	0-12 jaar	gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding
	13-18 jaar	advies en begeleiding van de jeugdige
geslacht*	jongens	vaardigheidstraining
	meisjes	--

* Leeftijd en geslacht waren dichotome variabelen. Zorgcombinaties die beoordelaars gepast vonden voor de ene leeftijdsgroep c.q. het ene geslacht vonden ze niet gepast voor de andere leeftijdsgroep c.q. het andere geslacht.

De aanwezigheid van *sociale problemen* was van belang bij de indicatie voor vaardigheidstraining, voor gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding en voor emotioneel-sociale zorg. Functiegerichte zorg noemden de beoordelaars bij deze problemen evenals bij *problemen in de relatie tussen ouders en hun kind* juist niet als gepast. Op de keuze voor begeleiding op school oefenden *problemen op school* invloed uit evenals (voldoende) *opvoedingscapaciteiten van de ouders*. Beschikten de ouders over onvoldoende capaciteiten om de opvoeding aan te kunnen, dan was dit een argument voor beoordelaars om (medisch) psychiatrische zorg te indiceren. Hadden de *ouders individuele problemen*, dan indiceerden de beoordelaars zorg die op het gezin gericht was.

Uit de beschrijving blijkt dat voorspellen van de gepaste zorg op basis van de afzonderlijke probleemkenmerken slechts in beperkte mate mogelijk is. Bovendien lijken de resultaten bij bepaalde combinaties van probleemkenmerken tot tegenstrijdige voorspellingen te leiden. Zo roept bijvoorbeeld een situatie waarin de jeugdige lichamelijke problemen heeft én waarin sprake is van relatieproblemen tussen ouders en jeugdige, de vraag op of functiegerichte zorg aangewezen is. Als problemen van de jeugdige op school voorkomen in combinatie met onvoldoende opvoedingscapaciteiten van de ouders levert dit onduidelijkheden op over het feit of schoolse begeleiding wel of niet gepast is. Het gaat hier echter om een schijntegengstelling. De beoordelaars hebben alleen aangegeven welke zorg ze gepast vonden. Het feit dat ze vrij eenstemmig bepaalde zorg bij bepaalde probleemkenmerken niet noemden, betekent dat ze deze zorg bij dergelijke problematiek niet zouden indiceren. Ze hebben echter niet expliciet gesteld dat bepaalde zorg niet verleend zou mogen worden. Als er bijvoorbeeld sprake is van relatieproblemen tussen ouders en jeugdige kan toch functiegerichte zorg verleend worden voor de lichamelijke problemen van de jeugdige, ook al zouden de beoordelaars deze zorg niet indiceren voor de genoemde relatieproblemen.

Ondanks dit levert het simpelweg nalopen van de probleemkenmerken die volgens het onderzoek van belang zouden zijn voor de indicatie geen kant-en-klare oplossing voor de gepaste zorg. Uit de probleemsituatie van Joost, die in paragraaf 7.4.14 beschreven is, kwam dit knelpunt ook al naar voren. De beperkte aanwijzingen maken de indicatie moeilijk of niet te voorspellen op basis van afzonderlijke probleemkenmerken.

7.6 Zorgcombinaties en complexiteit en ernst van de problematiek

Om de bijdrage van de ernst van de problematiek aan de keuze van de zorg te bepalen is een aantal nieuwe variabelen voor complexiteit en ernst samengesteld. Hoe deze variabelen zijn samengesteld is beschreven in hoofdstuk 5. Vervolgens zijn multiple regressie-analyses uitgevoerd. In paragraaf 7.6.1 zal eerst aangegeven worden welke invloed complexiteit en ernst van de problematiek op de indicatie hadden los van de probleemkenmerken. Vervolgens wordt in paragraaf 7.6.2 beschreven welke betekenis beide soorten variabelen samen hadden voor de indicatie.

Tabel 7.5: Verklaarde varianties (R^2) van kenmerken van de problematiek en van de beoordelaar en van complexiteit en ernst van de problematiek voor de keuze van de zorgcombinaties afzonderlijk en in aanvulling op elkaar ($p < .05$).

Onafhankelijke variabelen	Zorgcombinatie ^①												
	school	opvoeding	levens-terreinen	psychiatrisch	functiegericht	training	bescherming	op gezin gericht	emotio-neel-sociaal	uithuis-plaatsing	advies jeugdige	(spel)-psychotherapie	TGV ^②
	R^2	R^2	R^2	R^2	R^2	R^2	R^2	R^2	R^2	R^2	R^2	R^2	R^2
<i>afzonderlijk</i>													
probleemkenmerken	.33	.19	.10	.22	.29	.12	.13	.19	.10	.04	.19	.11	.07
leeftijd en geslacht	.15	.10	.01	.00	.09	.00	.01	.06	.02	.00	.19	.02	.00
complexiteit en ernst	.13	.08	.04	.07	.10	.01	.07	.07	.01	.02	.10	.04	.03
kenmerken beoordelaar	.02	.03	.02	.10	.01	.02	.04	.02	.04	.02	.01	.02	.01
<i>samen^③</i>													
probleemkenmerken	.33	.19	.10	.22	.29	.12	.13	.19	.10	.04	.19	.11	.07
leeftijd en geslacht	.02	.03	.01	.00	.01	.01	.00	.01	.01	.01	.05	.01	.01
complexiteit en ernst	.01	.01	.00	.00	.00	.01	.02	.00	.00	.01	.00	.00	.01
subtotaal (problematiek)	.36	.23	.11	.23	.30	.14	.15	.21	.11	.06	.23	.13	.09
kenmerken beoordelaar	.02	.03	.02	.10	.01	.02	.04	.02	.04	.02	.01	.02	.01
<i>totaal</i>	.38	.26	.13	.33	.31	.16	.19	.23	.15	.07	.24	.14	.09

- ^① school : Schoolse begeleiding
 opvoeding : Gedragmatige begeleiding bij de opvoeding
 levensterreinen : Onderzoek naar het functioneren op de levensterreinen
 psychiatrisch : (Medisch) psychiatrische zorg
 functiegericht : Functiegerichte zorg
 training : Vaardigheidstraining
 bescherming : Bescherming
 op gezin gericht : Op het gezin gerichte zorg
 emotioneel-sociaal : Emotioneel-sociale zorg
 uithuisplaatsing : Onderzoek naar mogelijkheden voor uithuisplaatsing
 advies jeugdige : Advies en begeleiding van de jeugdige
 psychotherapie : (Spel)psychotherapie
 TGV : Therapeutische gezinsverpleging

^② zie paragraaf 7.3.

^③ de schijnbaar foutieve totaalpercentages zijn te wijten aan afronding van de deelpercentages.

7.6.1 Invloed van complexiteit en ernst op de indicatie

De resultaten van de multiple regressie-analyses gaven aan dat de complexiteit en ernst wel bijdroegen aan de keuze van de zorgcombinaties. In tabel 7.5 staan de verklaarde variantie (R^2) en de gewichten van elk van deze samengestelde variabelen voor de indicatie van elke zorgcombinatie. Uit de tabel blijkt dat de varianties die door alle samengestelde variabelen voor complexiteit en ernst verklaard werden, laag waren. Bij alle dertien zorgcombinaties verklaarden ernst en complexiteit hooguit 13% van de variantie.

In tegenstelling tot bij de probleemkenmerken gaat het bij complexiteit en ernst niet om dummyvariabelen. De lage waarden van R^2 betekenen dus gewoon dat ernst en complexiteit de keuze van de zorgcombinaties slecht voorspellen. Dit betekent ook dat de stelling dat ernst en complexiteit belangrijker zijn voor de indicatie dan de problemen zelf (zie hoofdstuk 3) op basis van dit onderzoek verworpen moet worden.

Uit tabel 11 in bijlage 3 blijkt dat de ernst van de problematiek bij tien van de dertien zorgcombinaties een rol bij de indicatie speelde. Het totaal aantal problemen dat zich voordeed was bij keuze voor negen zorgcombinaties van enig belang evenals het aantal problemen in de thuissituatie. Het aantal ontwikkelingsproblemen bij de jeugdige was bij vier zorgcombinaties van belang voor de indicatie. Het aantal levensterreinen waarop problemen zich voordeden, was voor de keuze van zes zorgcombinaties van belang. Datzelfde gold voor het aantal protectieve factoren, maar de gewichten van deze protectieve factoren waren erg laag, zodat de bijdrage aan de indicatie gering was.

7.6.2 Invloed van probleemkenmerken en complexiteit en ernst samen op de indicatie

Hoewel de samengestelde variabelen voor ernst en complexiteit zelf geen rol van betekenis hadden voor de indicatie, kunnen ze bij de keuze van de zorg een aanvullende rol spelen op de kenmerken van de problematiek. De maten voor ernst en complexiteit waren echter geconstrueerd op basis van de probleemkenmerken. Hierdoor waren beide groepen variabelen onderling afhankelijk. Om deze reden kon de ene groep (onafhankelijke) variabelen weinig toevoegen aan variantie die door de andere groep al verklaard werd (Meerling, 1988; zie tabel 7.5). Wel is door middel van een multiple regressie-analyse nagegaan welke probleemkenmerken en welke variabelen voor complexiteit en ernst samen de grootste (significante) bijdrage aan de keuze van elke zorgcombinatie leverden. De resultaten staan in tabel 7.6.

Uit de analyses kwam naar voren dat wanneer ook rekening gehouden werd met de ernst en complexiteit van de problematiek de resultaten op basis van de probleemkenmerken alleen nauwelijks veranderden. Er traden slechts kleine veranderingen op in de gewichten van de probleemkenmerken die van belang waren voor de indicatie. De kleine gewichten van weinig betekenis bleven klein en de relatief

grote gewichten bleven over het algemeen groot. Slechts enkele veranderingen hadden consequenties voor de interpretatie op basis van de probleemkenmerken alleen. Bij de beschrijving zal kort worden aangegeven welke probleemkenmerken enig gewicht hadden ($\beta \geq .20$) bij de keuze van de zorg en welke variabelen voor ernst en complexiteit bij elke zorgcombinatie daarbij een aanvullende rol speelden. De opmerkelijke veranderingen zullen eveneens beschreven worden.

Schoolse begeleiding vonden de beoordelaars gepast bij ernstige problematiek. Er mochten niet teveel problemen zijn in het functioneren van de jeugdige. De ouders moesten over voldoende opvoedingscapaciteiten beschikken. Bij emotionele problemen noemden de beoordelaars schoolse begeleiding niet als gepast. Door rekening te houden met de complexiteit en ernst van de problematiek, werden schoolproblemen minder belangrijk voor de indicatie van deze zorgcombinatie ($\beta = .12$ tegenover $\beta = .22$).

Gedragmatige begeleiding bij de opvoeding vonden de beoordelaars gepast bij sociale problemen en als het jeugdigen van 0-12 jaar betrof. Het aantal problemen in het functioneren van de jeugdige mocht echter niet al te groot zijn.

Onderzoek naar het functioneren op de verschillende levensterreinen indiceerden de beoordelaars *niet* als sprake was van ernstige emotionele problemen bij de jeugdige. Wanneer ze deze zorgcombinatie wel gepast vonden, was niet duidelijk. De complexiteit en ernst van de gehele problematiek speelden in ieder geval geen rol bij de indicatie.

De indicatie voor *(medisch) psychiatrische zorg* was bijna geheel afhankelijk van de aanwezigheid van ernstige cognitieve problemen van de jeugdige. Was sprake van lichte emotionele problemen bij de jeugdige, dan noemden de beoordelaars *(medisch) psychiatrische zorg* juist niet als gepast. De complexiteit en ernst van de problematiek hadden geen aanvullende betekenis voor de indicatie. Toch leek er sprake van een interactie tussen complexiteit en ernst enerzijds en probleemkenmerken anderzijds. Uit de analyse van de zorgcombinatie op de bijdrage van de probleemkenmerken bleken de (onvoldoende) opvoedingscapaciteiten van de ouders een rol te spelen bij de keuze voor *(medisch) psychiatrische zorg* (zie tabel 7.2). Uit de analyse van de variabelen voor ernst en complexiteit bleek de ernst van belang te zijn voor de keuze (zie tabel 11 in bijlage 3). Door behalve met de probleemkenmerken ook rekening te houden met complexiteit en ernst deden noch de opvoedingscapaciteiten van de ouders noch de ernst er meer toe voor de indicatie.

Functiegericht zorg vonden de beoordelaars gepast als zich ernstige lichamelijke problemen bij de jeugdige voordeden. Was sprake van sociale problemen bij de jeugdige, dan noemden de beoordelaars deze zorgcombinatie juist niet als gepast. Bij de indicatie speelden alleen het aantal problemen in de thuissituatie een kleine aanvullende rol ($\beta = -.13$) op de probleemkenmerken. Een groot aantal problemen in de thuissituatie maakte deze zorg minder gepast.

Vaardigheidstraining vonden de beoordelaars gepast als de jeugdige sociale problemen had. Voor het overige mocht de jeugdige niet zoveel problemen hebben, hoewel dit verband niet zo sterk was ($\beta = -.14$).

Bij de indicatie voor *bescherming* speelden de ernst van de problematiek en het aantal levensterreinen waarop zich problemen voordeden een rol. Bij ernstige problematiek, die zich voordeed op meerdere levensterreinen was bescherming geïndiceerd. Als zich alleen problemen op school of alleen problemen in de vrijetijd voordeden indiceerden de beoordelaars bescherming niet. Hoewel het aantal problemen in de thuissituatie geen significante bijdrage leverde aan de keuze voor bescherming, lijkt het feit dat er problemen op dit levensterrein zijn van belang voor de indicatie. Welke problemen dit zijn had weinig invloed op de keuze. Bij lichamelijke problemen van de jeugdige noemden de beoordelaars bescherming niet als gepast.

Door rekening te houden met de ernst en complexiteit van de problematiek bleven bijna alle probleemkenmerken een rol spelen bij de indicatie voor *op het gezin gerichte zorg*, maar hun gewicht werd kleiner dan wanneer geen rekening gehouden werd met ernst en complexiteit. De nadruk op de individuele problemen bij de ouders verdween enigszins. Het aantal problemen in de thuissituatie was even belangrijk voor de indicatie.

Voor de indicatie van *emotioneel-sociale zorg* gold hetzelfde als bij voorgaande zorgcombinatie. Alle gewichten werden kleiner door rekening te houden met de ernst en de complexiteit van de problematiek. Belangrijkste voor de indicatie was nog dat de problematiek niet te ernstig mocht zijn ($\beta = -.19$).

Uithuisplaatsing indiceerden de beoordelaars als zich meerdere problemen in de thuissituatie voordeden. Welke problemen dit precies waren, was van ondergeschikt belang. De variantie die door alle variabelen in de analyse verklaard werd was echter klein, namelijk 6%.

Bij *advies en begeleiding van de jeugdige* bleef de leeftijd het belangrijkste probleemkenmerk voor de indicatie. Daarnaast was ook het aantal problemen van belang. Deze zorgcombinatie vonden de beoordelaars gepast bij jeugdigen van 13-18 jaar en als zich meerdere problemen voordeden.

Voor de indicatie van *(spel)psychotherapie* of juist *gedragstherapie* veranderde niet zoveel, wanneer rekening gehouden werd met de complexiteit en ernst van de problematiek. Nog steeds leken alle probleemkenmerken enigszins van belang voor de indicatie. Als er sprake was van meerdere problemen in het functioneren van de jeugdige vonden de beoordelaars (spel)psychotherapie meer passen dan gedragstherapie ($\beta = .17$).

Tot slot gold voor *therapeutische gezinsverpleging* dat de beoordelaars deze zorgcombinatie niet noemden als de jeugdige cognitieve problemen had.

7.7 Zorgcombinaties en kenmerken van de beoordelaar

De laatste onderzoeksvraag heeft betrekking op de samenhang tussen zorgcombinaties en de kenmerken van de beoordelaar. Onderzocht is in hoeverre discipline, functie en werkervaring van de beoordelaars en de jeugdzorgsector waarin ze

werkten een rol speelden bij de keuze voor de zorg. In hoofdstuk 5 is beschreven hoe deze kenmerken van de beoordelaars verdeeld waren over de onderzoeksgroep. Van de variabelen voor functie, discipline en sector zijn dummyvariabelen gemaakt, zodat een multiple regressie-analyse uitgevoerd kon worden.

De bijdrage van functie en ervaring van de beoordelaar aan de beslissing welke zorg de beoordelaars gepast vonden, bleek in het onderzoek verwaarloosbaar klein te zijn (zie tabel 7.5). Ook de discipline van de beoordelaar speelde over het algemeen geen erg grote rol. Bij de meeste zorgcombinaties verklaarden alle kenmerken samen slechts 1 tot 4% van de variantie. Alleen bij de indicatie voor (medisch) psychiatrische zorg viel op, dat de kenmerken van de beoordelaar 10% van de variantie verklaarden. Dit percentage was grotendeels te wijten aan de discipline van de beoordelaar. Deze verklaarde namelijk 9% van de variantie. Met name kinder- en jeugdpsychiaters vonden deze zorgcombinatie vaker gepast dan de andere disciplines ($\beta=.27$). Ook psychotherapeuten indiceerden deze zorgcombinatie vaker dan de andere disciplines, maar de bijbehorende regressiecoëfficiënt ($\beta=.10$) was lager dan die voor de kinder- en jeugdpsychiaters. Maatschappelijk werkers vonden (medisch) psychiatrische zorg juist minder vaak gepast dan de rest. De regressiecoëfficiënt was echter eveneens relatief laag ($\beta=-.09$).

Voor de jeugdzorgsector waarin de beoordelaars werkten gold hetzelfde als voor de discipline. Beoordelaars die werkten in de jeugd-GGZ hadden in vergelijking met de andere beoordelaars een grotere voorkeur voor (medisch) psychiatrische zorg. Deze voorkeur kwam voornamelijk van de kinder- en jeugdpsychiaters. In aanvulling op de discipline van de beoordelaar verklaarde de sector namelijk geen extra variantie.

Tussen de probleemkenmerken en de kenmerken van de beoordelaars was er geen interactie. De variantie van de zorgcombinaties die in aanvulling op de probleemkenmerken en de ernst en complexiteit van de problematiek verklaard werd door de kenmerken van de beoordelaars was gelijk aan de variantie verklaard door de kenmerken van de beoordelaars alleen.

7.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk is een antwoord gezocht op de onderzoeksvragen 2 tot en met 5. Eerst zijn de statistische technieken beschreven die hiertoe gehanteerd zijn. Een combinatie van twee datareductietechnieken (Princals en Principale Componenten-analyse) resulteerde in de identificatie van dertien zorgcombinaties. Besloten is om de zorgactiviteit 'advies aan de ouders' uit de analyse te laten, omdat deze niet differentieerde naar probleemkenmerken. Hierdoor ontstond een goed interpreteerbare oplossing, waarbij alle overige zorgactiviteiten deel uitmaakten van één van de zorgcombinaties. Behalve 'Therapeutische gezinsverpleging' bestond elke zorgcombinatie uit meerdere zorgactiviteiten die de beoordelaars vaak samen noemden.

Als eerste is nagegaan in hoeverre de probleemkenmerken een bijdrage leverden aan de keuze van de onderscheiden zorgcombinaties. De verklaarde varianties waren niet erg hoog. R^2 varieerde van .05 tot .35. Omdat bij de multiple regressie-analyse gebruik is gemaakt van dummyvariabelen mag meer waarde aan de resultaten gehecht worden dan wanneer alleen variabelen op intervalniveau met meer dan twee categorieën in de analyse betrokken zouden zijn.

De probleemkenmerken voorspelden het beste of beoordelaars de zorgcombinaties 'schoolse begeleiding' en 'functiegerichte zorg' gepast vonden. Ook 'gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding', '(medisch) psychiatrische zorg', 'op het gezin gerichte zorg' en 'advies en begeleiding van de jeugdige' waren relatief goed voorspelbaar op basis van de probleemkenmerken. 'Onderzoek naar de mogelijkheden voor uithuisplaatsing' was daarentegen slecht te voorspellen op basis van de probleemkenmerken. Bij de overige zes zorgcombinaties hadden de probleemkenmerken eveneens een beperkte voorspellende waarde.

Voor elke zorgcombinatie is beschreven welke probleemkenmerken verantwoordelijk waren voor de keuze. De resultaten zijn ook vanuit de probleemkenmerken bekeken. Vanuit deze invalshoek bleek dat slechts voor enkele probleemkenmerken aan te geven was welke zorgcombinatie beoordelaars gepast vonden. Daarnaast leken bepaalde combinaties van probleemkenmerken tot tegenstrijdige voorspellingen te leiden.

De complexiteit en ernst van de problematiek speelden een kleine rol bij de indicatie. Deze variabelen verklaarden 2% tot 13% van de variantie van de zorgcombinaties. Dat is erg weinig. Ernst en complexiteit alleen bepaalden dus niet zozeer welke zorgcombinatie de beoordelaars gepast vonden. De stelling, dat ernst en complexiteit van de problematiek belangrijker zijn voor de indicatie dan de probleemkenmerken, moet op basis van dit onderzoek verworpen worden.

Vanuit de veronderstelling dat de ernst en complexiteit van de problematiek bij de indicatie een aanvullende rol spelen op de probleemkenmerken, is onderzocht welke probleemkenmerken en welke variabelen voor ernst en complexiteit samen een significante bijdrage leverden aan de keuze van elke zorgcombinatie. De variabelen voor aard van de problematiek en die voor de complexiteit en ernst van de problematiek waren onderling afhankelijk. Hierdoor konden alle variabelen samen niet veel meer variantie verklaren dan een van beide groepen afzonderlijk.

Schoolse begeleiding vonden de beoordelaars gepast bij ernstige problematiek en als de ouders over voldoende opvoedingscapaciteiten beschikten. Als er veel problemen waren in het functioneren van de jeugdige en zeker als de problemen betrekking hadden op het emotionele functioneren van de jeugdige, noemden ze schoolse begeleiding niet als gepast. Door rekening te houden met de complexiteit en ernst van de problematiek, werden schoolproblemen minder belangrijk voor de indicatie van deze zorgcombinatie.

Gedragmatige begeleiding bij de opvoeding vonden de beoordelaars gepast bij jeugdigen van 0-12 jaar en/of bij jeugdigen met sociale problemen. Als zich veel problemen in het functioneren van de jeugdige voordeden noemden ze deze begeleiding niet als gepast.

Bij welke problemen de beoordelaars *onderzoek naar het functioneren op de verschillende levensterreinen* gepast vonden, was niet erg duidelijk. Ze indiceerden deze zorgcombinatie in ieder geval *niet* als sprake was van ernstige emotionele problemen bij de jeugdige. Ernst en complexiteit van de gehele problematiek waren niet van belang voor de indicatie van deze zorgcombinatie.

(Medisch) psychiatrische zorg indiceerden de beoordelaars bij jeugdigen met ernstige cognitieve problemen. Was sprake van lichte emotionele problemen bij de jeugdige, dan noemden de beoordelaars deze zorg juist niet. Door naast de probleemkenmerken rekening te houden met de complexiteit en ernst van de problematiek verdween de invloed van zowel de opvoedingscapaciteiten van de ouders als van de ernst op de keuze van de zorg.

Functiegerichte zorg vonden de beoordelaars wel gepast als zich ernstige lichamelijke problemen bij de jeugdige voordeden. Als er sprake was van sociale problemen bij de jeugdige, dan noemden ze deze zorg niet.

Vaardigheidstraining vonden de beoordelaars gepast als de jeugdige sociale problemen had.

Bij ernstige problematiek, die zich voordeed op meerdere levensterreinen was *bescherming* geïndiceerd. De beoordelaars noemden bescherming niet als gepast als zich problemen op school of in de vrije tijd alleen voordeden en/of als de jeugdige lichamelijke problemen had.

Bij de indicatie voor *op het gezin gerichte zorg* speelden bijna alle probleemkenmerken een rol, maar hun gewicht was niet zo groot. Door rekening te houden met de ernst en complexiteit van de problematiek verdween de nadruk op de individuele problemen bij de ouders enigszins.

Voor de indicatie van *emotioneel-sociale zorg* gaf de ernst van de problematiek nog de meeste doorslag. Het gewicht van alle significante probleemkenmerken was klein.

Uithuisplaatsing indiceerden de beoordelaars als zich meerdere problemen in de thuissituatie voordeden. Welke problemen dit precies waren, was van ondergeschikt belang.

Advies en begeleiding van de jeugdige vonden de beoordelaars gepast bij jeugdigen van 13-18 jaar en/of als zich meerdere problemen voordeden.

Voor de indicatie van *(spel)psychotherapie* of juist *gedragstherapie* leken alle probleemkenmerken en het aantal problemen in het functioneren van de jeugdige enigszins van belang voor de indicatie. Alle gewichten waren kleiner dan [.20].

Bij cognitieve problemen noemden de beoordelaars geen *therapeutische gezinsverpleging*.

De achtergrondkenmerken van de indicatiesteller (functie, discipline, werkervaring en sector) bleken nauwelijks van invloed te zijn op de gestelde indicatie. Het

enige opvallende resultaat was dat kinder- en jeugdpsychiaters een grotere voorkeur hadden om (medisch) psychiatrische zorg te indiceren dan een van de andere disciplines. De discipline speelde echter slechts een aanvullende rol bij de keuze van de zorgcombinatie die de indicatiestellers gepast vonden.

8 Conclusies en methodologische reflectie

*Kijk, wie ligt daar in zijn bed?
Kleine beertje Pippeloentje.
Kijk, wie ligt daar in zijn bed?
Pippeloentje met de pet!
Lust geen appeltjes, lust geen peertjes,
speelt niet met andere beertjes,
wil niet wandelen in 't plantsoentje, arme zieke Pippeloentje...!*

*Drie dokters uit berenland
kwamen aan beertjes ledikant.
Het eerste kwam dokter Hoggelemog.
Die zei: wat heeft dat beertje toch?
Lust geen appeltjes enzovoorts...
Beertje heeft de berenkoorts!*

*Toen kwam dokter Higgelemig.
Die zei: wat is dit akelig!
Lust geen peertjes, lust geen lof...
Beertje heeft de berenbof!*

*Toen kwam dokter Huggelemug.
Die zei: gaan jullie maar terug!
Sta daar niet te bazelen!
Beertje heeft de mazelen!*

(Uit: Ziek, Schmidt, 1987, p. 242)

8.1 Inleiding

In dit proefschrift is onderzocht welke zorg bij welke problematiek in de jeugdzorg geïndiceerd is. De onderzoeksgegevens zijn gebaseerd op de ervaringskennis van indicatiestellers in de jeugdzorg. Aan deze indicatiestellers is een collegiaal advies gevraagd. Hen is een aantal probleembeschrijvingen voorgelegd met de vraag om aan te geven welke zorg verleend zou moeten worden. Door gebruik te maken van de vignettenmethode konden in deze probleembeschrijvingen veertien kenmerken van de problematiek systematisch gevarieerd worden. Met behulp van deze methode is de samenhang tussen probleemkenmerken enerzijds en specifieke zorgactiviteiten anderzijds geanalyseerd. Ook is nagegaan welke combinaties van zorgactiviteiten vaak samen geïndiceerd werden en hoe deze zorgcombinaties samenhangen met de probleemkenmerken, met de complexiteit en ernst van de problematiek en met de achtergrondkenmerken van de respondent. In de twee voorgaande hoofdstukken zijn de resultaten van dit onderzoek beschreven. In dit hoofdstuk worden de conclusies op een rij gezet. Bovendien worden er enkele methodologische kanttekeningen gezet bij deze conclusies.

In paragraaf 8.2 worden eerst de antwoorden op de onderzoeksvragen kort samengevat. Voor een gedetailleerd antwoord wordt verwezen naar de hoofdstukken 6 en 7.

Vervolgens word in paragraaf 8.3 stilgestaan bij de opbrengst van het onderzoek. De verwachtingen voorafgaand aan het onderzoek zijn niet helemaal uitgekomen. Tussen de beoordelaars was er weinig overeenstemming over welke zorg ze bij een bepaalde problematiek vonden passen. In de paragrafen 8.4 tot en met 8.8 wordt een aantal kanttekeningen bij de uitwerking van de gehanteerde vignettenmethode gezet, dat het verschil tussen verwachting en resultaat zou kunnen verklaren.

De eindconclusie is dat door aanpassingen in de opzet de resultaten op details misschien iets meer aan de verwachtingen zouden hebben voldaan. De grote lijn zou echter niet anders zijn geworden. De overeenstemming tussen de beoordelaars over de gepaste zorg zou niet zo groot zijn geworden, dat zij unaniem één bepaalde vorm van zorg bij één bepaald probleemkenmerk gepast achtten. Misschien is de veronderstelling dat er bij elk probleem één bepaalde vorm van zorg gepast is niet gerechtvaardigd. Mogelijk zijn bij elk probleem meer vormen van zorg gepast. Andersom kan ook bij verschillende problemen dezelfde zorg gepast zijn. In de nabeschuiving in het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de consequenties van de conclusies van dit onderzoek.

8.2 Onderzoeksvragen

In deze paragraaf worden de antwoorden op de onderzoeksvragen kort samengevat. Hiertoe worden eerst de onderzoeksvragen waarop een antwoord is gezocht nog een keer herhaald:

1. *Welke kenmerken in de problematiek van jeugdigen dragen significant bij aan de keuze van de zorgactiviteit, die indicatiestellers gepast vinden?*
2. *Welke combinaties van zorgactiviteiten zijn te onderscheiden?*
3. *Welke kenmerken in de problematiek van jeugdigen dragen significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die indicatiestellers gepast vinden?*
4. *In hoeverre dragen de ernst en de complexiteit van de problematiek significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die indicatiestellers gepast vinden?*
5. *In hoeverre dragen kenmerken van de indicatiestellers (discipline, functie, werkervaring, sector) significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die zij gepast vinden?*

Aan het antwoord op elke onderzoeksvraag is een afzonderlijke subparagraaf gewijd. In de paragrafen 8.2.1 tot en met 8.2.5 zijn alleen significante resultaten beschreven. Bij de analyses is een significantieniveau gehanteerd van $p \leq .05$. In principe zijn alleen de resultaten beschreven waarbij de betreffende statistische maat een absolute waarde van ten minste .20 had, tenzij de gegevens interessante aanvullende informatie opleverden. Als dit laatste het geval is, dan wordt dit in de tekst vermeld.

8.2.1 Samenhang tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten

De eerste onderzoeksvraag had betrekking op de samenhang tussen alle probleemkenmerken en zorgactiviteiten afzonderlijk. Op basis van associatie ontstond een eerste inzicht in deze samenhang. Ook na controle voor de invloed van andere factoren bleven deze verbanden bestaan. De resultaten van de logistische regressie-analyses wijzen op interactie-effecten tussen de probleemkenmerken. Door rekening te houden met de invloed van de andere probleemkenmerken werden sommige verbanden, die op basis van associatie gevonden werden, afgezwakt. Het verband tussen leeftijd en cognitief onderzoek verdween helemaal. Andere verbanden kwamen juist uit de logistische regressie-analyses naar voren, die op basis van associatie niet of veel minder sterk gevonden werden.

Vanuit de probleemkenmerken beziende indiceerden de beoordelaars bij *lichamelijke* problemen lichamelijk en functiegericht onderzoek. Ernstige lichamelijke problemen waren daarnaast ook van belang voor de indicatie voor medicatie.

Ernstige *cognitieve* problemen droegen bij aan de keuze voor psychiatrisch onderzoek, (spel)psychotherapie en medicatie. Gezinstherapie noemden de beoordelaars juist niet bij dergelijke problemen.

Bij *problemen op school* vonden de beoordelaars advies aan en begeleiding van de leerkracht passen. Bij ernstige *emotionele problemen* noemden ze deze zorgactiviteiten juist niet, evenmin als cognitief onderzoek. (Spel)psychotherapie vonden ze bij ernstige emotionele problemen wel gepast.

Bij aanwezigheid van *sociale problemen*, van *problemen in de vrijetijdsbesteding* en bij een *middellange duur van de problematiek* (3 maanden tot een jaar) kozen de beoordelaars voor training van de sociale vaardigheden. Bij lichte sociale problemen vonden ze ook gedragscorrectie en groepstherapie voor jeugdigen gepast.

Problemen in de thuissituatie speelden bij de indicatie voor bescherming van de jeugdige een rol.

Lichamelijk onderzoek vonden de beoordelaars meer gepast bij *meisjes* dan bij jongens.

Tussen alle afzonderlijke zorgactiviteiten en probleemkenmerken zijn relatief weinig verbanden gevonden. Negen van de 34 zorgactiviteiten waren op basis van de probleemkenmerken redelijk voorspelbaar ($R^2 \geq .20$). Een deel van de verbanden die in het onderzoek gevonden zijn leek nogal voor de hand te liggen, zoals de conclusie dat er bijvoorbeeld bij lichamelijke problemen lichamelijk onderzoek verricht dient te worden of dat een sociale vaardigheidstraining past bij sociale problemen. Andere voor de hand liggende samenhangen zijn echter *niet* gevonden. Zo is bijvoorbeeld een indicatie voor onderzoek naar het emotionele functioneren bij emotionele problemen niet expliciet uit het onderzoek naar voren gekomen, evenmin als bijvoorbeeld gezinstaxatie of videohometraining als de ouders over onvoldoende opvoedingscapaciteiten beschikten. Deze indicaties vonden de respondenten blijkbaar niet zo vanzelfsprekend.

Aan de keuze van alle zorgactiviteiten had slechts een deel van de probleemkenmerken een bijdrage van betekenis ($\beta \geq .20$). *Individuele en relatieproblemen van de ouders*, de *kwetsbaarheid* of de *weerbaarheid* van de jeugdige, *sociale steun* van andere belangrijke personen dan de ouders, zoals de leerkracht of de voetbaltrainer, en eerder *contact met de hulpverlening* hingen nauwelijks samen met de zorg die beoordelaars gepast vonden. Dit kan betekenen dat deze laatste probleemkenmerken geen belangrijke rol speelden bij de keuze van de zorgactiviteiten. Het kan ook betekenen dat de meningen van de beoordelaars over de gepaste zorg veel meer uiteenliepen als deze probleemkenmerken zich voordeden dan wanneer sprake was van de andere probleemkenmerken. In beide gevallen impliceren de resultaten dat de beoordelaars het meeste overeenstemmen over de gepaste zorg als de jeugdige lichamelijke, cognitieve, emotionele en/of sociale problemen heeft, problemen op school, in de vrije tijd of in de relatie met zijn ouders, en/of als de opvoedingscapaciteiten van de ouders onvoldoende zijn. Ook als de duur van de problematiek bekend is zou voorspeld kunnen worden of een sociale vaardigheidstraining gepast is, maar of dit onderzoeksresultaat reëel is zou nader onderzocht moeten worden.

Geen van de gevonden samenhangen was echt sterk. De associatiematen (ϕ) waren niet groter dan $|.42|$. De gestandaardiseerde logistische regressiematen waren niet groter dan $|.39|$. Voor een deel kan dit toegeschreven worden aan het gebruik van dummyvariabelen. Voor een ander deel is dit te wijten aan de matige overeenstemming tussen de beoordelaars over de gepaste zorg.

8.2.2 Zorgcombinaties

Onderzoeksvraag 2 had betrekking op combinaties van zorgactiviteiten die in de dataset onderscheiden konden worden. Door middel van een combinatie van twee datareductietechnieken zijn dertien zorgcombinaties onderscheiden, namelijk 'Schoolse begeleiding', 'Gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding', 'Onderzoek naar het functioneren op de verschillende levensterreinen', '(Medisch) psychiatrische zorg', 'Functiegericht zorg', 'Vaardigheidstraining', 'Bescherming', 'Op het gezin gerichte zorg', 'Emotioneel-sociale zorg', 'Onderzoek naar de mogelijkheden voor een uithuisplaatsing', 'Advies en begeleiding van de jeugdige', '(Spel)psychotherapie' en 'Therapeutische gezinsverpleging'.

Behalve de laatstgenoemde bestond elke zorgcombinatie uit enkele zorgactiviteiten, die de beoordelaars vaak samen noemden. Deze zorgactiviteiten vormden in aanvulling op elkaar een soort zorgprogramma. Behalve 'advies aan de ouders' en enkele zorgactiviteiten die incidenteel als gepast genoemd werden, maakten alle zorgactiviteiten deel uit van een van deze zorgcombinaties. Een zorgactiviteit kon maar van één zorgcombinatie deel uitmaken. Elke zorgcombinatie had dus betrekking op een ander deel van het zorgaanbod voor jeugdigen. Het feit dat deze zorgcombinaties uit de gegevens naar voren kwamen, geeft aan dat een groot deel van het zorgaanbod voor jeugdigen te verdelen is in een aantal inhoudelijk van elkaar verschillende zorgprogramma's.

8.2.3 Samenhang tussen probleemkenmerken en zorgcombinaties

Onderzoeksvraag 3 had betrekking op de samenhang van de probleemkenmerken met de onderscheiden zorgcombinaties. De probleemkenmerken verklaarden bij de keuze van de zorgcombinaties 5% tot 35% van de variantie. Dat is normaal gesproken niet zoveel. Omdat bij de probleemkenmerken echter gebruik is gemaakt van dummyvariabelen mag meer waarde gehecht worden aan de resultaten van de multiple regressie-analyses dan wanneer variabelen van intervalniveau met meer dan twee categorieën gebruikt zouden zijn.

Is bekend welke zorgcombinatie de beoordelaars indiceerden, dan is wel aan te geven welke probleemkenmerken verantwoordelijk waren voor de indicatie. Bij elke zorgcombinatie speelden hooguit enkele kenmerken een rol van betekenis voor de keuze (zie tabel 8.2). Vanuit de probleemkenmerken bezien bleek slechts voor enkele probleemkenmerken aan te geven welke zorgcombinatie de beoordelaars gepast vonden. In tabel 8.1 is aangegeven voor welke probleemkenmerken en zorgcombinaties dat opgaat.

Bij lichamelijke problemen van de jeugdige indiceerden de beoordelaars functiegerichte zorg. Bij ernstige cognitieve problemen vonden de indicatiestellers (medisch) psychiatrische zorg gepast. Beschikten de ouders over onvoldoende capaciteiten om de opvoeding aan te kunnen, dan indiceerden de respondenten eveneens (medisch) psychiatrische zorg. Had de jeugdige emotionele problemen, dan noemden de beoordelaars meer de zorgcombinaties niet dan wel als gepast: géén schoolse begeleiding en géén (medisch) psychiatrische zorg. Bij sociale problemen van de jeugdige kozen zij voor vaardigheidstraining en voor gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding. Bij lichte sociale problemen vonden ze ook emotioneel-sociale zorg gepast. Bij sociale problemen noemden de beoordelaars géén functiegerichte zorg. Bij problemen in de relatie tussen ouders en hun kind noemden ze deze zorg evenmin. Problemen op school oefenden invloed uit op de keuze van respondenten voor begeleiding op school, evenals (voldoende) opvoedingscapaciteiten. Hadden de ouders individuele problemen, dan indiceerden de respondenten zorg die op het gezin gericht is.

De strekking van de resultaten op basis van de zorgcombinaties is hetzelfde als die op basis van de afzonderlijke zorgactiviteiten. Het aantal verbanden van enige betekenis ($\beta \geq .20$) is klein. Voor zes zorgcombinaties is op basis van de probleemkenmerken redelijk te voorspellen of deze gepast zijn. Voor de keuze van elke zorgcombinatie waren hooguit enkele probleemkenmerken van belang. Van alle probleemkenmerken in het onderzoek droeg maar een deel van de probleemkenmerken in belangrijke mate bij aan de keuze van de zorgcombinaties. Zes probleemkenmerken waren nauwelijks van belang voor de inhoud van de zorg of leidden tot meer dissensus over de gepaste zorg dan de andere probleemkenmerken. Voor problemen in de vrijetijdsbesteding, relatieproblemen van de ouders, de kwetsbaar-

heid van de jeugdige, sociale steun van belangrijke andere personen dan de ouders, de duur van de problematiek en eerder contact met de hulpverlening is geen samenhang van betekenis gevonden met de zorgcombinatie die de beoordelaars gepast vonden.

Tabel 8.1 Overzicht van probleemkenmerken en zorgcombinaties ($\beta \geq .20$, $p < .05$).

Probleemkenmerk*		Zorgcombinatie
lichamelijke problemen	licht	functiegerichte zorg, <i>geen</i> bescherming
	ernstig	functiegerichte zorg
cognitieve problemen	licht	--
	ernstig	(medisch) psychiatrische zorg, <i>geen</i> op gezin gerichte zorg
emotionele problemen	licht	<i>geen</i> schoolse begeleiding, <i>geen</i> (medisch) psychiatrische zorg
	ernstig	<i>geen</i> schoolse begeleiding
sociale problemen	licht	vaardigheidstraining, gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding, emotioneel-sociale zorg, <i>geen</i> functiegerichte zorg
	ernstig	gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding, vaardigheidstraining, <i>geen</i> functiegerichte zorg
schoolproblemen	aanwezig	schoolse begeleiding
individuele problemen van de ouders	aanwezig	op gezin gerichte zorg
problemen in relatie ouder-kind	aanwezig	<i>geen</i> functiegerichte zorg
opvoedingscapaciteiten	onvoldoende	(medisch) psychiatrische zorg, <i>geen</i> schoolse begeleiding
	spankracht	--
leeftijd*	0-12 jaar	gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding
	13-18 jaar	advies en begeleiding van de jeugdige
geslacht*	jongens	vaardigheidstraining
	mehsjes	--

* Leeftijd en geslacht waren dichotome variabelen. Zorgcombinaties die beoordelaars gepast vonden voor de ene leeftijdsgroep c.q. het ene geslacht vonden ze niet gepast voor de andere leeftijdsgroep c.q. het andere geslacht.

Een deel van de samenhangen lag voor de hand, zoals de keuze voor schoolse begeleiding als de jeugdige problemen op school heeft of de keuze voor een vaardigheidstraining bij sociale problemen van de jeugdige. Andere voor de hand liggende verbanden zijn niet gevonden zoals de keuze voor emotioneel-sociale zorg bij emotionele problemen van de jeugdige.

Tabel 8.2 Overzicht van belangrijke probleemkenmerken en variabelen voor ernst en complexiteit voor de keuze van de zorgcombinaties ($\beta \geq .20$, $p < .05$) met verklaarde variantie.

Zorgcombinatie	R ²	Belangrijke probleemkenmerken en variabelen voor ernst en complexiteit
Schoolse begeleiding	.36	geen emotionele problemen, voldoende opvoedingscapaciteiten of spankracht, schoolproblemen* ernstige problematiek, weinig problemen in functioneren bij de jeugdige
Gedragmatige begeleiding bij de opvoeding	.23	sociale problemen, leeftijd van 0-12 jaar weinig problemen in functioneren bij de jeugdige
Onderzoek levensterreinen	.11	geen ernstige emotionele problemen
(Medisch) psychiatrische zorg	.23	ernstige cognitieve problemen, geen lichte emotionele problemen, onvoldoende opvoedingscapaciteiten**
Functiegericht zorg	.30	ernstige lichamelijke problemen, geen sociale problemen
Vaardigheidstraining	.14	sociale problemen
Bescherming	.15	geen lichamelijke problemen, geen problemen op school, geen problemen in de vrije tijd ernstige problematiek, op meer levensterreinen
Op gezin gerichte zorg	.21	individuele problemen van de ouders*, geen ernstige cognitieve problemen*
Emotioneel-sociale zorg	.11	lichte sociale problemen*
Onderzoek uithuisplaatsing	.06	problemen in de thuissituatie
Advies en begeleiding van de jeugdige	.23	leeftijd van 13-18 jaar veel problemen in totaal
(Spel)psychotherapie	.13	--
Therapeutische gezinsverpleging	.09	geen cognitieve problemen

* $\beta \geq .20$ in de regressie-analyse van probleemkenmerken op zorgcombinaties en $\beta < .20$ in de regressie-analyse waarin naast probleemkenmerken ook de variabelen voor ernst en complexiteit zijn opgenomen.

** $\beta \geq .20$ in de regressie-analyse van probleemkenmerken op zorgcombinaties en β is niet meer significant in de regressie-analyse waarin naast probleemkenmerken ook de variabelen voor ernst en complexiteit zijn opgenomen.

8.2.4 Complexiteit en ernst van de problematiek en zorgcombinaties

Na de analyse van de samenhang tussen de aard van de problematiek en de zorgcombinaties is onderzocht in hoeverre de complexiteit en ernst van de problematiek een bijdrage leverden aan de keuze van de zorgcombinaties (onderzoeksvraag 4). De samengestelde variabelen voor complexiteit en ernst van de problematiek verklaarden weinig variantie, namelijk 2% tot 13%. Complexiteit en ernst alleen zijn dus van weinig belang voor de indicatie van een specifieke zorgcombinatie. Dat is ook niet zo vreemd, omdat op basis van de ernst van de problematiek niet zonder meer

gesteld kan worden dat de zorg bijvoorbeeld wel of niet op het gezin gericht moet worden of dat uithuisplaatsing geïndiceerd is. Welke specifieke zorg gepast is, is toch nog altijd afhankelijk van de problematiek die zich voordoet.

Vanuit de veronderstelling dat complexiteit en ernst in aanvulling op de probleembeschrijving de indicatie bepalen is nagegaan welke probleemkenmerken en samengestelde variabelen voor ernst en complexiteit samen de keuze voor elke zorgcombinatie het meeste bepaalden ($\beta \geq .20$).

Door naast de probleemkenmerken ook ernst en complexiteit als variabelen in de analyse op te nemen veranderde er in het belang van de probleemkenmerken voor de keuze van de zorgcombinaties weinig. Voor de keuze van bijna alle zorgcombinaties bleken naast de probleemkenmerken ook een of twee variabelen voor ernst en/of complexiteit van belang te zijn (zie tabel 8.2). Het gewicht van deze variabelen was over het algemeen klein. Slechts bij de keuze voor vijf zorgcombinaties kwam het gewicht boven de drempelwaarde van .20 uit. Bij twee zorgcombinaties (Schoolse begeleiding en (Medisch) psychiatrische zorg) leek er sprake van interactie-effecten, waardoor het belang van de afzonderlijke variabelen voor zowel problematiek als voor complexiteit en ernst kleiner werd of zelfs verdween.

8.2.5 Samenhang tussen kenmerken van de Indicatiesteller en zorgcombinaties

De conclusie die op basis van dit onderzoek misschien nog het meeste opzien baart levert het antwoord op onderzoeksvraag 5. De kenmerken van de indicatiesteller bleken namelijk geen invloed van betekenis te hebben op de keuze van de zorg. Hoewel in de literatuur hierover tegenstrijdige gegevens te vinden zijn, lijkt dit resultaat in te druisen tegen de algemene opvatting dat de indicatie wel afhangt van het referentiekader van degene die de indicatie stelt. De bijdrage van functie en ervaring van de respondenten aan de beslissing welke zorg zij gepast vonden, was echter verwaarloosbaar klein in het onderzoek. Dit gold ook voor de jeugdzorgsector waarin de respondenten werkzaam waren. De discipline van de respondent speelde over het algemeen evenmin een grote rol. Bij de meeste zorgcombinaties verklaarden alle kenmerken samen slechts 1 tot 4% van de variantie. Alleen bij de indicatie voor (Medisch) psychiatrische zorg viel op, dat discipline 9% van de variantie verklaarde. Met name kinder- en jeugdpsychiaters en in iets mindere mate psychotherapeuten, vonden deze zorgcombinatie iets vaker gepast dan de andere disciplines, terwijl maatschappelijk werkers (Medisch) psychiatrische zorg juist relatief minder vaak indiceerden dan de rest.

8.3 Methodologische kanttekeningen

Voorafgaand aan dit onderzoek werd verwacht dat het inzicht zou geven in de welke zorg bij welke problemen past. Deze verwachting is slechts ten dele uitgekomen. Uit het onderzoek zijn dertien zorgcombinaties naar voren gekomen die elk een deel van het zorgaanbod voor jeugdigen bepalen. Deze zorgcombinaties kunnen gezien

worden als (concept)zorgprogramma's en kunnen om deze reden van belang zijn voor de ontwikkeling van het zorgaanbod in de praktijk. De samenhangen met de probleemkenmerken die in het onderzoek gevonden zijn geven aanwijzingen voor de doelgroep waarvoor het zorgprogramma ontwikkeld kan worden. In de vorige paragraaf is echter beschreven dat in het onderzoek relatief weinig verbanden van enige betekenis gevonden zijn tussen de probleemkenmerken en de zorgactiviteiten respectievelijk tussen de probleemkenmerken en de zorgcombinaties. De keuze voor het hele zorgaanbod werd door iets meer dan de helft van de probleemkenmerken bepaald. De ernst en complexiteit van de problematiek droegen nauwelijks aan bij deze keuze. De gevonden verbanden waren over het algemeen niet erg sterk en lagen voor de hand, maar niet alle voor de hand liggende verbanden zijn uit het onderzoek naar voren gekomen.

Al met al is op basis van de problematiek slechts beperkt te voorspellen welke zorg indicatiestellers gepast vinden. De zwakke verbanden zijn deels te wijten aan het gebruik van dummyvariabelen en deels aan het gebrek aan overeenstemming tussen de beoordelaars over de gepaste zorg. De veronderstelling dat de beoordelaars in zekere mate overeen zouden stemmen over de zorg die ze bij bepaalde problematiek vonden passen, ging slechts voor een beperkt deel van de beoordelingen op. De beoordelaars noemden bij de casussen veelal dezelfde zorgactiviteiten of zorgcombinaties *niet*, maar over de zorg die ze *wel* gepast vonden stemden ze, evenals de drie berendokters die Annie M.G. Schmidt beschrijft, nauwelijks overeen. Nagegaan is in hoeverre dit gebrek aan overeenstemming te wijten is aan de uitwerking van de gebruikte methode.

Dat de vignettenmethode de meest geschikte methode van onderzoek is als meningen en attitudes een rol spelen, is in hoofdstuk 2 uitvoerig besproken. Dat staat hier niet ter discussie. Wel kan de uitwerking van de methode voor dit onderzoek knelpunten hebben opgeleverd. De methodologische kanttekeningen die in dit kader gemaakt worden, hebben betrekking op:

- de selectie en/of invulling van de probleemkenmerken;
- de selectie van de zorgactiviteiten;
- de hoeveelheid informatie per casus;
- de wijze van analyseren;
- de vooronderstelling van het onderzoek, dat bij elk probleem één vorm van zorg gepast is.

In de paragrafen 8.4 tot en met 8.8 wordt op elk onderwerp afzonderlijk ingegaan.

8.4 Probleemkenmerken

De probleemkenmerken vormden de bouwstenen voor de vignetten. Daarmee vormden ze ook de basis voor het hele onderzoek. De selectie van de juiste probleemkenmerken was cruciaal voor het onderzoek. Het uitgangspunt van de vignettenmethode is dat het niet uitmaakt hoe elk probleemkenmerk is vertaald in een

concreet probleem. Toch kunnen behalve de selectie ook de vertaling én de wijze waarop de probleemkenmerken ingevuld zijn met concrete problemen debet zijn geweest aan het gebrek aan overeenstemming over de gepaste zorg. In de paragrafen 8.4.1 tot en met 8.4.3 worden deze drie onderwerpen nader besproken.

8.4.1 Selectie van de probleemkenmerken

Te weinig relevante probleemkenmerken

Een verklaring voor de beperkte voorspelbaarheid op basis van de probleemkenmerken zou kunnen zijn, dat de probleemkenmerken die betrokken zijn in het onderzoek niet alle relevant zijn en dat een aantal relevante probleemkenmerken ontbreekt. De probleemkenmerken voor de constructie van de vignetten zijn geselecteerd op basis van een vrij uitgebreid literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 3). Bij de bestudering van de literatuur kwamen steeds weer dezelfde probleemkenmerken naar voren die de diverse auteurs als belangrijk aanmerkten. Als een bepaald kenmerk *niet* geselecteerd is voor het onderzoek, terwijl het eigenlijk *wel* van belang is voor de indicatie in de dagelijkse praktijk, houdt dat in dat dit probleemkenmerk ten onrechte door de geraadpleegde auteurs over het hoofd wordt gezien. Dit wijst op een kloof tussen wetenschappelijke theorie en praktijk. In dat geval zou de selectie van aanvullende probleemkenmerken een taak kunnen zijn voor deskundigen die dagelijks met jeugdigen in probleemsituaties te maken hebben. Zij zouden deze kunnen identificeren, zodat de relevantie voor de indicatie wetenschappelijk onderzocht kan worden.

Te veel probleemkenmerken

Het is ook mogelijk dat niet te weinig, maar te veel probleemkenmerken opgenomen zijn in het onderzoek. Volgens Pareto, een Italiaans econoom die in het begin van deze eeuw leefde, oefent slechts een beperkt aantal factoren invloed uit op een beslissing. Dit geldt voor alle beslissingen (Chwalowski, 1997; Davis, 1978). Globaal is dit ook uit dit onderzoek naar voren gekomen. Bij de meeste zorgcombinaties speelden slechts enkele probleemkenmerken een rol van betekenis bij de keuze van de zorg. Door teveel probleemkenmerken in het onderzoek te betrekken bevatten de casussen teveel informatie en worden ze te complex. Deze complexiteit kan ertoe geleid hebben dat de meningen meer uiteenliepen dan wanneer de casussen uit minder probleemkenmerken waren opgebouwd. Op dit onderwerp wordt in paragraaf 8.6.1 nader ingegaan.

Demografische achtergrondkenmerken

Een aparte rol spelen de demografische kenmerken van de jeugdige en het gezin: leeftijd, geslacht, etniciteit en sociaal-economische status. Deze zijn niet als factoren in de vignetten opgenomen. Op basis van de literatuur is gesteld dat de probleemkenmerken primair de indicatie bepalen en niet deze achtergrondkenmerken. Ze

kunnen wel indirect een rol spelen bij de indicatie. Zo worden een lage sociaal-economische status en een allochtone achtergrond vaak gekoppeld aan problemen op school.

Aan alle jeugdigen in de casussen was een geslacht en een bepaalde leeftijd toegekend. Leeftijd en geslacht bleken beide van belang te zijn voor de indicatie. De bijdrage van elk afzonderlijk is wel geanalyseerd in het onderzoek. De gegevens lieten echter geen geneste analyses op zowel leeftijd als geslacht (bijvoorbeeld de indicatie bij meisjes van 0-12 jaar) toe, omdat beide kenmerken van te voren niet als probleemkenmerken in de vignetten waren meegenomen. Bij een volgend onderzoek zou hier bij voorbaat bij de constructie van de vignetten rekening gehouden kunnen worden.

Evenals leeftijd en geslacht kunnen ook etniciteit en sociaal-economische status een grotere rol spelen bij de indicatie dan verwacht. Het is mogelijk dat bepaalde zorgactiviteiten bijvoorbeeld bij allochtone jeugdigen vaker gepast geacht worden dan bij autochtone jeugdigen met dezelfde problematiek. Om deze reden moet voorzichtigheid geboden worden bij generalisatie van de onderzoeksresultaten naar situaties waarin etniciteit en/of sociaal-economische status primair de problematiek bepalen. Deze situaties, bijvoorbeeld taalproblemen of armoede, vallen weliswaar niet onder haar primaire taakstelling, maar de jeugdzorg moet er wel rekening houden.

In hoeverre etniciteit en sociaal-economische status van belang zijn voor de indicatie in de jeugdzorg zou door middel van nieuwe vignetten onderzocht kunnen worden. Voor de resultaten van dit onderzoek heeft het weinig consequenties. Deze achtergrondkenmerken zijn niet opgenomen in de vignetten. Specifieke problematiek die te wijten is aan etniciteit en/of sociaal-economische status komt in de casussen niet voor. Voor de beoordeling van gepaste zorg voor de probleemkenmerken die wel opgenomen zijn in het onderzoek maakt dit echter niet uit. De respondenten moeten immers ook kunnen bepalen welke zorg gepast is als het niet om dergelijke problemen gaat.

8.4.2 Vertaling van de probleemkenmerken

Zoals reeds is aangegeven maakte het voor de analyse van de gegevens in principe niet uit met welk concreet probleem elk probleemkenmerk ingevuld is. Het ging om de zorg die respondenten bij een bepaald probleemkenmerk gepast vonden en niet bij een bepaald concreet probleem. Dat bij de invulling van de vignetten een vertaalslag is gemaakt, kan toch een knelpunt zijn geweest. Hoewel getracht is dit tot een minimum te beperken, is alleen al door de formulering van de zinnen informatie toegevoegd aan de vignetten. In theorie zou het zuiverder zijn geweest als de respondenten de vignetten en niet de casussen beoordeeld zouden hebben, omdat de vertaalslag door de onderzoeker dan overbodig zou zijn geweest. Het beoordelen

van de vignetten vraagt echter een hoog abstractievermogen. Dit verhoogt ten eerste de drempel om de bijbehorende vragenlijst in te vullen en zou daardoor een lagere respons opgeleverd hebben. Ten tweede zouden de probleemkenmerken in zo'n geval duidelijk gedefinieerd moeten worden, zodat alle beoordelaars van dezelfde definities uit zouden kunnen gaan. Deze definities zouden echter niet voorkomen dat er toch een vertaalslag gemaakt wordt en wel door iedere individuele beoordelaar. Elke respondent kan de vignetten dan anders interpreteren. Door de associatie met een concreet probleem bij een bepaald probleemkenmerk of bij een combinatie van probleemkenmerken kan elke respondent zich de situatie anders voorstellen. Om deze redenen is de vertaalslag vooraf gemaakt en zijn de vignetten ingevuld met casussen. Door vooraf elk probleemkenmerk met een specifiek praktijkvoorbeeld in te vullen is het ten minste zeker dat alle respondenten in beginsel van hetzelfde probleem uit zijn gegaan.

8.4.3 Invulling van de probleemkenmerken

Elk probleemkenmerk is bij verschillende casussen met verschillende concrete problemen ingevuld. Mogelijk is de gepaste zorg voor bepaalde problemen niet identiek, ook al horen deze problemen volgens de leerboeken tot dezelfde familie, zoals bijvoorbeeld emotionele problemen. In dit onderzoek zijn deze onder andere vertaald in teruggetrokkenheid en in stemmingswisselingen. Ernstige cognitieve problemen zijn bijvoorbeeld vertaald in hallucinaties en in dwanghandelingen. Ook de lichamelijke problemen in de casussen verschillen erg van elkaar. Voor elke concrete invulling van een bepaald probleemkenmerk kan andere zorg geïndiceerd zijn. Een voorbeeld verduidelijkt dit.

Sander en Jeroen hebben beide lichamelijke problemen. De lichamelijke klachten hebben in beide probleembeschrijvingen echter een heel ander karakter. Jeroen wordt opgenomen met acute verschijnselen als kramp en dwangstand van het hoofd. Deze zijn het gevolg van medicatie. De klachten verdwijnen meteen als de medicatie niet meer wordt toegediend. Bij Sander bestaan de lichamelijke klachten al langere tijd. Hij heeft twee jaar geleden een verkeersongeluk gehad en is sindsdien erg moe. De vermoeidheid gaat samen met spraakproblemen. Inhoudelijk gezien lijkt de indicatie voor functiegerichte zorg bij Sander wel gepast. Onder 'functiegerichte zorg' vallen onder andere lichamelijk onderzoek, logopedie, fysiotherapie en ergotherapie. Of ook Jeroen deze zorg verleend dient te worden zal meer stof voor discussie opleveren. Dit voorbeeld roept dan ook de vraag op of alle problemen van dezelfde soort over één kam geschoren kunnen worden. Mogelijk vormen de probleemkenmerken een te grove aanduiding om de gepaste zorg te kunnen bepalen. Hoe de probleemkenmerken in dit onderzoek ingevuld zijn, kan er dus mede de oorzaak van zijn geweest dat de verbanden tussen probleemkenmerken en gepaste zorg niet zo groot waren.

In hoofdstuk 5 is beschreven dat de beoordelaars bij alle casussen ongeveer even veel of even weinig overeenstemden over de zorg die ze wel gepast vonden. Dit betekent dat ook als beoordelaars hetzelfde probleem voorgelegd krijgen, ze het in beperkte mate eens zijn over de gepaste zorg. Wanneer een bepaald probleemkenmerk bij twee verschillende casussen met twee verschillende concrete problemen ingevuld wordt, zal de mate van overeenstemming nog geringer worden.

8.5 Selectie van de zorgactiviteiten

De probleemkenmerken waren geselecteerd om de problematiek van jeugdigen te kunnen omschrijven. De zorgactiviteiten dienden het zorgaanbod voor jeugdigen te weerspiegelen. Voorafgaand aan de analyse ter beantwoording van de onderzoeksvragen is de verdeling van de gepaste zorgactiviteiten nader bestudeerd. De analyse van de open antwoordcategorieën in het onderzoek gaf enige informatie over de volledigheid van het zorgaanbod.

Bij elke groep zorgactiviteiten in de vragenlijst bestond de mogelijkheid om een 'overige' zorgactiviteit te noemen die niet in de vragenlijst opgenomen was. Enkele zorgactiviteiten, die relatief vaak genoemd zijn, zijn toegevoegd. De toegevoegde zorgactiviteiten zijn wel geanalyseerd, maar kunnen op sommige punten een onvolledig beeld opgeleverd hebben. Ze zijn immers niet aan alle respondenten expliciet als keuze voorgelegd. In een volgend onderzoek zouden deze al meteen in de lijst met zorgactiviteiten opgenomen dienen te worden. Op deze manier krijgen alle respondenten expliciet de kans aan te geven of ze de zorgactiviteiten bij een bepaalde casus gepast vinden. Dit zou wellicht met name meer duidelijkheid kunnen opleveren voor de problematiek waarbij een onderzoek naar de mogelijkheden voor uithuisplaatsing gepast is. Deze zorgcombinatie is immers behalve op de zorgactiviteit 'verblijf elders' ook gebaseerd op de toegevoegde zorgactiviteit 'onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming'. Lang niet alle respondenten hebben deze laatste zorgactiviteit genoemd. Het kan zijn dat ze 'onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming' gewoon niet gepast vonden. Wat even waarschijnlijk is, is dat ze niet op het idee gekomen zijn om deze zorgactiviteit naast alle andere te noemen.

Als 'onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming' als zorgactiviteit in de vragenlijst had gestaan, zou dit misschien meer duidelijkheid hebben gegeven bij welke problematiek uithuisplaatsing overwogen dient te worden. Voor de duidelijkheid van de indicaties voor andere zorgcombinaties had het niet uitgemaakt.

8.6 Hoeveelheid informatie in de casussen

In het onderzoek is gekozen voor een structurele benadering. De gestelde indicatie, dat wil zeggen het *resultaat* van het besluitvormingsproces in samenhang met mogelijke voorspellers voor de beslissing was onderwerp van onderzoek en niet het *proces* dat aan die beslissing ten grondslag ligt. Idealiter zouden alle respondenten bij elk vignet precies dezelfde indicatie moeten stellen, omdat iedere respondent

precies dezelfde informatie voorgelegd kreeg. Volledige overeenstemming tussen de respondenten op dit gebied bleek er echter niet te zijn. Aspecten die te maken hebben met het procesmatige, stapsgewijze karakter van de indicatiestelling kunnen invloed hebben gehad op de gestelde indicatie. Elk besluitvormingsproces bestaat volgens Hogarth (1980) uit vier verschillende fasen, namelijk 1) de verzameling van informatie, 2) de verwerking van informatie, 3) de productie van het oordeel en 4) de terugkoppeling van het oordeel naar de beoordelaar. In elke fase van het besluitvormingsproces kunnen door cognitieve mechanismen vertekeningen optreden, waardoor de beoordelingen steeds verder kunnen divergeren. Een belangrijk knelpunt, waardoor de meningen in de eerste drie fasen van het besluitvormingsproces mogelijk (verder) uiteen zijn gaan lopen, betreft de *complexiteit* van de problematiek in de casussen, waardoor de respondenten enerzijds *teveel (impliciete) informatie* per casus te verwerken kregen en anderzijds juist *te weinig expliciete informatie* ter beschikking hadden.

8.6.1 Te veel informatie

Door de vignetten te vertalen in casusbeschrijvingen, gebaseerd op concrete probleemsituaties, zijn ze dichterbij de dagelijkse praktijk gebracht. In vergelijking met informatie verkregen door observatie van concreet gedrag bevatten papieren casussen, ook al zijn ze complex, minder irrelevante en minder dubbelzinnige informatie (Murphy e.a., 1986; Stapel & Spears, 1996). Wat dat betreft zouden de casussen eerder tot meer dan tot minder overeenstemming moeten leiden dan bij observatie van concrete gedragingen, zoals in de dagelijkse praktijk gebeurt.

Ook al kregen de respondenten precies dezelfde casussen voorgelegd, dit garandeert nog geen overeenstemming tussen de respondenten over de gepaste zorg. Hoewel de beschrijving van elke casus gemiddeld tien regels besloeg, kregen de respondenten per casus impliciet een grote hoeveelheid informatie voorgelegd. Ze moesten een beeld vormen van een complexe situatie, waarin ze naast leeftijd en geslacht van de jeugdige, veertien probleemkenmerken moesten opnemen. Uit de literatuur is gebleken dat deskundigen op basis van hun ervaring met patiënten of cliënten die ze gezien hebben kennis gestructureerd in hun geheugen opslaan (Barletta, 1991; De Bruyn, 1988; Corliss, 1995). Behalve probleemkenmerken kunnen ook kenmerken van de cliënt, zoals bescheidenheid of de wijze van kleden, de kennis kleuren (De Bruyn, 1988; Dickey & Wagenaar, 1994; Kemp & Van Acker, 1997; Van der Ploeg & Scholte, 1995; Rost & Schilling, 1997). Bij complexe problemen bedenken de beoordelaars een scenario, waarin alle relevante informatie een plaats krijgt (zie ook hoofdstuk 4). Om de informatie te vereenvoudigen gebruiken ze verwerkingsstrategieën (Koele, 1993; De Ridder, 1992; Van Schie, 1993; Timmermans, 1993; Vlek, 1987). Deze strategieën zijn met name gebaseerd op *representativiteit* van de problematiek en de *beschikbaarheid* van informatie in het geheugen, geïnstigeerd door ervaring met soortgelijke problemen (Barletta, 1991; De Ridder, 1991; Koele, 1993; Van Schie, 1993).

Representativiteit van de problematiek heeft te maken met de frequentie waarin dergelijke problematiek in een bepaald deel van de bevolking voorkomt. Dit bepaalt hoe groot de kans geacht wordt dat het om die specifieke problematiek gaat. Hiermee hangt ook de mate van zekerheid samen dat de beoordeling van de situatie juist is. De representativiteit van de problematiek zou in de casussen voor iedere respondent hetzelfde moeten zijn. De casussen zijn namelijk op nagenoeg hetzelfde moment voorgelegd. De ervaring die respondenten hebben opgedaan met een bepaalde problematiek, dat wil zeggen met een bepaalde cliënt, en die verantwoordelijk is voor de *beschikbaarheid* van kennis om die problematiek aan te pakken, kan echter sterk wisselen. Hierdoor kan hetzelfde probleem verschillende associaties oproepen, kunnen verschillende respondenten zich bij dezelfde beschrijving van een cliënt een geheel ander persoon (uit hun eigen praktijkervaring) voor de geest halen en kan hetzelfde probleem bij verschillende cliënten leiden tot een verschillende aanpak. Zo kan het voorkomen dat de ene respondent bijvoorbeeld gedragstherapie bij jonge kinderen van 0-12 jaar met licht sociale problemen bij uitstek geschikt vindt, terwijl de andere respondent (spel)psychotherapie een veel betere aanpak vindt.

De complexiteit van de casussen kan dus geleid hebben tot heel verschillende scenario's. Verschillende respondenten kunnen de nadruk gelegd hebben op verschillende aspecten in die problematiek, de problematiek vereenvoudigd hebben tot een ander kernprobleem en derhalve andere zorg als gepast beschouwd hebben.

Nagegaan is in hoeverre de gegevens de veronderstelling, dat de mate van overeenstemming bij minder complexe probleembeschrijvingen groter is dan bij complexe, bevestigen. Dit bleek niet het geval. Uit de analyse bleek dat des te groter het aantal verschillende problemen was en ook des te ernstiger de problematiek was, des te meer zorgactiviteiten er in totaal genoemd werden (zie paragraaf 5.4.2). Voor de mate van overeenstemming maakte het echter geen significant verschil hoe complex of hoe ernstig de problematiek was: of het nu ging om relatief eenvoudige of juist complexe, ernstige of minder ernstige problemen, de overeenstemming werd niet groter of kleiner.

8.6.2 Te weinig informatie

Een opmerking die een aantal respondenten maakte, hetzij telefonisch, hetzij schriftelijk, is, dat de indicatie pas te stellen is na nader diagnostisch onderzoek. Mogelijk bevatten de vignetten een te beperkte beschrijving van de casussen om tot een oordeel te komen en gaven ze te weinig specifieke informatie voor een definitieve indicatie. De beperkte informatie liet geen (zichtbare) ruimte voor een voortdurende bijstelling van het oorspronkelijke oordeel op grond van nieuwe informatie, die inherent is aan het procesmatige, stapsgewijze karakter van de indicatiestelling in de praktijk. Als de informatie in de vignetten te beperkt was, dan geven de resultaten waarschijnlijk een beeld van de *voorlopig gestelde indicatie* (Groenendaal & Tak, 1992) of de prediagnose of eerste screening, zoals Nota, Van der Schaft en Van Yperen (1997; 1999) dit noemen. Deze kan namelijk, evenals de indicatie, opgevat

worden als een advies dat voortvloeit uit een probleemanalyse en uit het bijbehorende besluit tot een bepaalde vorm van zorg (Janssens, Van der Ploeg & De Bruyn, 1997). Het blijft echter een voorlopig besluit. Pas na nader (diagnostisch) onderzoek kan de definitieve indicatie gesteld worden. Deze veronderstelling wordt ondersteund door de voorkeur voor diagnostische zorgactiviteiten. Het aantal diagnostische activiteiten dat de respondenten gepast vonden was gemiddeld meer dan twee keer zo groot als bij alle overige soorten zorgactiviteiten (advies, begeleiding, behandeling en verblijf) het geval was, namelijk 3 tegenover 0,7 tot 1,4 zorgactiviteiten.

Een mogelijk gevolg van een tekort aan informatie is dat de respondenten dit zelf aangevuld hebben. Aangezien hulpverleners, zoals Pelzer, Steerneman en De Bruyn (1997a) stellen, allemaal hun eigen ideeën hebben over wat er aan de hand is en hoe dit te bepalen, zullen eigen interpretaties eerder leiden tot uiteenlopende indicaties dan tot overeenstemming over de gepaste zorg.

De vraag is echter of het toevoegen van informatie aan de vignetten meer overeenstemming tussen de respondenten zou hebben opgeleverd over de gestelde indicaties. Dit is niet te achterhalen in de onderzoeksgegevens. Uit de literatuur is wel gebleken dat nieuwe informatie invloed heeft op een reeds gegeven oordeel. Het oorspronkelijke oordeel wordt echter veel minder bijgesteld dan op basis van de toegevoegde informatie te verwachten zou zijn (De Bruyn, 1988). Beoordelaars stellen op basis van weinig informatie vier à vijf hypothesen op en komen vrij snel tot een voorlopig oordeel. Deskundigen twijfelen nauwelijks aan hun eerste oordeel. Nieuwe informatie dient voornamelijk om dat oordeel te ondersteunen. Informatie die daarmee in strijd is wordt gewoonweg genegeerd (De Bruyn, 1988; Elstein & Bordage, 1988; Elstein, Shulman & Sprafka, 1974; Kleinmuntz, 1990; Koele, 1993; Koele & Westenberg, 1997; Legrenzi, Girotto & Johnson-Laird, 1993; Wagenaar, 1987; Westenberg, 1993). Dit gebeurt echter niet bewust (Nisbett & Wilson, 1977). Extra informatie kan daarnaast ook leiden tot fouten in de beoordeling, omdat mensen niet met teveel informatie om kunnen gaan (Elstein & Bordage, 1988; Kleinmuntz, 1990).

Meer informatie lijkt dus geen garantie te geven voor meer overeenstemming tussen de indicatiestellers over de gepaste zorg. Ook onderling overleg tussen deskundigen zou de overeenstemming niet groter gemaakt hebben (Lemmens, 1996). Uit onderzoek is bovendien gebleken dat deskundigen zelfs na het leren van bepaalde beslissingsstrategieën vasthouden aan hun oorspronkelijke oordeel. Hoe meer beoordelaars zichzelf deskundig achten op een bepaald gebied, des te minder gebruiken ze nieuwe informatie en des te minder leren ze van nieuwe strategieën. Beoordelaars die zichzelf minder deskundig vinden op een specifiek gebied, integreren nieuwe informatie en strategieën wel in hun beoordeling (Arkes, Dawes & Christensen, 1988). Zeker als rekening gehouden wordt met de langdurige ervaring van de respondenten (gemiddeld ruim 13 jaar), betekent dit dat meer informatie in de vignetten niet tot meer overeenstemming over de gepaste zorg zou hebben geleid.

Als de casussen dus minder (complexe) informatie bevat zouden hebben of als de beschrijvingen meer specifieke informatie hadden gegeven, dan zou dat naar alle waarschijnlijkheid niet meer overeenstemming tussen de respondenten opleveren hebben over de gepaste zorg dan nu in het onderzoek gevonden is.

8.7 Analyse van de gegevens

Enkelvoudige verbanden

In dit onderzoek is nagegaan welke zorgactiviteiten respectievelijk zorgcombinaties de beoordelaars bij welke probleemkenmerken gepast vonden. De analyses waren gericht op enkelvoudige verbanden, zij het dat ook rekening is gehouden met de invloed van andere probleemkenmerken op de keuze van de zorg. De resultaten suggereren, dat er sprake is van een interactie tussen de probleemkenmerken. Vanwege deze interactie kunnen alle probleemkenmerken belangrijk zijn voor de keuze van de zorg. Ook al is de enkelvoudige samenhang tussen bepaalde probleemkenmerken en de gepaste zorg klein, dat hoeft niet te betekenen dat deze probleemkenmerken onbelangrijk zijn voor de indicatie. De specifieke combinatie van bepaalde probleemkenmerken kan ertoe leiden dat indicatiestellers bepaalde zorg bij uitstek gepast vinden. Aan de andere kant kan het voor de indicatie ook van belang zijn, dat bepaalde andere probleemkenmerken juist niet aanwezig zijn. Dit blijkt uit de overeenstemming over de gepaste zorg per casus. Bij elke casus was de meerderheid van de beoordelaars het over ten minste één bepaalde zorgcombinatie eens dat deze bij deze problematiek paste.

De gegevens van dit onderzoek laten geen analyse op interacties toe, omdat bij het gebruik van vignetten mogelijk interacties vooraf geformuleerd dienen te worden. Bij de constructie en analyse van de vignetten kan hiermee vervolgens rekening gehouden worden. In dit onderzoek is dit niet gebeurd. Er is voor gekozen om eerst de enkelvoudige verbanden te onderzoeken, omdat hierover nog weinig bekend is. Bovendien bleek uit de literatuur dat onderzoek van interacties nauwelijks informatie toevoegt aan onderzoek naar lineaire verbanden (Aldrich & Nelson, 1984; De Bruyn, 1988; Van Dam, 1993; Dawes, 1988; DeMaris, 1992; Elstein & Bordage, 1988; Koele, Beerends & Van Goozen, 1989; Luthar & Zigler, 1991; Menard, 1995; Wighton, Hoellerich & Patil, 1988). Om dit te controleren zou in een volgend onderzoek wel rekening gehouden kunnen worden met interacties tussen probleemkenmerken. Op deze manier kan nagegaan worden in hoeverre inzicht in interacties de overeenstemming tussen de beoordelaars positief beïnvloedt.

Kenmerken van indicatiesteller

Door opleiding en ervaring draagt de persoon van de indicatiesteller een bepaalde hoeveelheid wetenschappelijke kennis en ervaringskennis mee, die samen het resultaat van het besluitvormingsproces beïnvloeden. In het onderzoek is de samen-

hang van enkele achtergrondkenmerken van de respondent (discipline, functie, werkervaring en sector, waarin hij/zij werkt) met de beoordeling van de gepaste zorg nagegaan. Functie, duur van de werkervaring en sector bleken geen noemenswaardige invloed uit te oefenen op de keuze van de gepaste zorg. De discipline van de respondent bleek slechts een geringe invloed te hebben. Mogelijk zou een geneste analyse van discipline en jeugdzorgsector of van discipline en werkervaring op de indicatie nog nuanceringen opgeleverd hebben. Alle kenmerken van de respondent verklaarden afzonderlijk en in aanvulling op elkaar echter zo weinig variantie bij de keuze van de zorgcombinaties, dat het hooguit een marginale verandering in de resultaten opgeleverd zou hebben.

Persoonlijkheidskenmerken van de respondent, die een verschil in interpretatie veroorzaakt zouden kunnen hebben (Cline, 1985; Dickey & Wagenaar, 1994; Jackson & Nuttall, 1994), zijn niet opgenomen in het onderzoek. In hoeverre deze debet zijn aan de variantie in de gestelde indicaties is dus niet uit de gegevens te achterhalen, evenmin als kenmerken van de afzonderlijke instellingen (Cline, 1985), zoals een specifieke methodiek, een bepaald zorgaanbod of een bepaald beleid.

De respondenten werkten in 181 verschillende instellingen. Analyses van de indicaties van de afzonderlijke instellingen zouden vanwege het grote aantal wellicht weinigzeggende resultaten opgeleverd zouden hebben. Ook analyse van het globale beleid van de instelling zou problemen opgeleverd hebben. De jeugdzorg was ten tijde van de dataverzameling sterk in beweging. De vele fusies en de ontwikkeling van de Bureaus Jeugdzorg zouden onderzoek naar het beleid van de instellingen erg lastig gemaakt hebben. Analyse van de samenhang van dat beleid met de indicatie in een dergelijke instabiele periode zou een vertekend beeld opgeleverd hebben. Als de organisatie van de jeugdzorg uitgekristalliseerd is en het beleid van alle jeugdzorginstellingen gestabiliseerd is, is een onderzoek naar de samenhang tussen beleid van de jeugdzorginstelling en de indicatiestelling meer verantwoord.

8.8 Vooronderstelling van het onderzoek

Uit de literatuur is gebleken dat de te stellen indicatie in de jeugdzorg mede afhankelijk is van *praktische mogelijkheden* (Knorth, 1995). Vanuit het overheidsbeleid wordt gesuggereerd dat deze aanbodgestuurde aanpak niet de gewenste is. De indicatie dient geheel gebaseerd te zijn op de aanwezige problematiek van de jeugdige. In het onderzoek is de respondenten om deze reden gevraagd om bij hun beoordeling van de casussen praktische mogelijkheden en onmogelijkheden te negeren.

Uit dit onderzoek bleek dat de keuze voor de gepaste zorg voor een deel afhankelijk was van probleemkenmerken. De achtergrond van de indicatiesteller had nauwelijks invloed op de gestelde indicatie. In de voorgaande paragrafen (8.4 tot en met 8.7) zijn enkele ideeën geopperd die mogelijk tot meer duidelijkheid zouden hebben kunnen leiden over welke zorg indicatiestellers vinden passen bij welke

problematiek. Deze ideeën hadden te maken met de uitwerking van de onderzoeksmethode. Zo zou een onderzoek naar mogelijke interactie-effecten een genuanceerder beeld van de indicatie op kunnen leveren. Mogelijk kunnen deskundigen uit de praktijk andere probleemkenmerken aangeven die onderzocht kunnen worden op hun relevantie voor de indicatie. Ook achtergrondkenmerken, zoals etniciteit en sociaal-economische status en instellingsbeleid, zouden onderzocht kunnen worden op hun bijdrage aan de indicatie.

Al deze verfijningen zouden op details misschien meer informatie opleveren. De grote lijn zou naar alle waarschijnlijkheid niet duidelijker worden. De verfijningen zouden de overeenstemming tussen de respondenten over de gepaste niet groter maken. Dit kan betekenen dat indicatiestellers allemaal andere ideeën over gepaste zorg hebben. Het kan ook impliceren dat de vooronderstelling van dit onderzoek, namelijk dat bij elk probleem één vorm van zorg past, niet klopt. Deze implicatie vraagt enige uitleg.

Van de zorgactiviteiten die de beoordelaars in het onderzoek als gepast noemden, stonden er vier hoog op de prioriteitenlijst. Dit wijst op een voorkeur voor een algemeen traject voor alle jeugdigen met problemen. Dit zou betekenen dat alle jeugdigen in principe globaal hetzelfde traject kunnen afleggen, waarvan steeds dezelfde zorgactiviteiten deel uitmaken. Daarnaast kan elke jeugdige na nader diagnostisch onderzoek in zo'n geval aanvullende of specifieke zorg krijgen, afhankelijk van het concrete zorgaanbod, dat op dat moment en in die regio of bij die instelling beschikbaar is. Dit impliceert dat bij één probleem verschillende vormen van zorg gepast kunnen zijn en dat bij verschillende problemen dezelfde zorg gepast kan zijn. Als dit de dagelijkse praktijk is, zou het onderzoek op een geheel verkeerde vooronderstelling gebaseerd zijn, namelijk dat elk probleem om specifieke zorg vraagt. Welke indicatie gesteld wordt hangt dan meer af van andere factoren dan de problematiek, zoals de praktische mogelijkheden, individuele verschillen tussen indicatiestellers en de specifieke interactie tussen cliënt en indicatiesteller.

9 Nabeschouwing

*Vanochtend na het ontbijt
ontdekte ik, door mijn verstrooidheid,
dat het deksel van een middelgroot potje marmite (het 4 oz net formaat)
precies paste op een klein potje heinz sandwich spread*

*natuurlijk heb ik toen meteen geprobeerd
of het sandwich spread-dekseltje
ook op het marmite-potje paste*

en jawel hoor: het paste eveneens

(Buddingh', 1966/1990, p. 225)

9.1 Inleiding

Als iedereen hetzelfde was, zou het een saaie boel worden. Dit is de strekking van een liedje van Kinderen voor Kinderen, waarvan een couplet in het voorwoord geciteerd is. Maar niet iedere jeugdige is hetzelfde en niet iedere indicatiesteller heeft dezelfde mening. Dat bleek ook uit het onderzoek dat in dit proefschrift is beschreven. Indiciestellers in de jeugdzorg blijken verschillende meningen te hebben over gepaste zorg. Op de implicatie hiervan voor de organisatie en inhoud van de jeugdzorg wordt in dit hoofdstuk ingegaan.

9.2 Landelijk jeugdzorgbeleid

Landelijk wordt nadruk gelegd op het belang van de afstemming van de zorg op de problematiek, zoals onder andere blijkt uit het regeringsstandpunt met betrekking tot programmatische jeugdzorg (1997) en het eindadvies van de projectgroep Toegang (Nota, Van der Schaft & Van Yperen, 1999). Het overheidsbeleid bepaalt hoe de jeugdzorg organisatorisch en procedureel vorm gegeven wordt. Hoe de inhoud daarin past is een ander verhaal, dat nog niet uitgekristalliseerd is. Duidelijk is alleen dat een functionele benadering van de zorg een centrale rol dient te vervullen, waarbij de zorg expliciet afgestemd dient te worden op de problematiek.

De oorspronkelijke ideeën over de afstemming van de zorg op de problematiek zijn inmiddels weer enigszins bijgesteld. Het idee dat de te verlenen zorg volledig en alleen af te stemmen is op de problematiek van de jeugdige is een illusie gebleken die in de praktijk - voorlopig althans - niet haalbaar is. De term matching duikt steeds meer op (Kersten e.a., 1995; Koele & Westenberg, 1997; Van Yperen, 1997) om aan te geven dat de te verlenen zorg in de praktijk toch sterk afhangt van het beschikbare zorgaanbod. Bij de indicatiestelling wordt geadviseerd niet op één paard te wedden, maar om meer alternatieven voor de zorg te zoeken. Steeds meer blijkt de noodzaak om tegelijkertijd aan beide kanten van de jeugdzorg te werken bij het formuleren van oplossingen voor de onderlinge afstemming tussen zorgaanbod en problematiek. Dat wil zeggen dat enerzijds getracht wordt meer inzicht te krijgen in

de problematiek van jeugdigen en de bijbehorende hulpvragen. Vanuit deze invalshoek kan bekeken worden welk zorgaanbod voor welke problemen noodzakelijk is. Anderzijds wordt het bestaande zorgaanbod onder de loep genomen. Er worden zorgprogramma's ontwikkeld en er wordt geëxperimenteerd met nieuwe vormen of combinaties van zorg. Vanuit deze invalshoek wordt onderzocht bij welke doelgroepen de zorgprogramma's of mogelijke onderdelen daarvan gepast zijn. Uit tussentijdse controles moet blijken hoe beide kanten van de jeugdzorg op elkaar afgestemd raken. Uiteindelijk zouden ze dan naadloos op elkaar aan moeten sluiten.

De verwachting voorafgaand aan dit onderzoek was dat het een bijdrage zou leveren aan de invulling van dit beleid. Dit is ook het geval, maar op een heel andere manier dan in eerste instantie verondersteld werd.

9.3 Beperkte kennis

De verwachting dat dit onderzoek een nadere invulling aan de inhoud van de jeugdzorg zou geven was te hooggespannen. Ondanks de sterke structurering van de voorgelegde casussen werd uit de resultaten slechts in beperkte mate duidelijk welke indicatie de beoordelaars bij welke problematiek zouden stellen. Al met al lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de indicatiestellers in de jeugdzorg uiteenlopende meningen hebben over de gepaste zorg. In hoofdstuk 8 zijn enkele suggesties gedaan waaraan het gevonden gebrek aan overeenstemming te wijten kan zijn. Deze suggesties hebben te maken met de wijze waarop het onderwerp benaderd is. In feite komen ze erop neer dat elke casus een momentopname is. Op grond van de informatie in een casus is het niet goed mogelijk om een indicatie te stellen. Hiertoe hebben indicatiestellers aanvullende informatie nodig. Het advies dat de respondenten gegeven hebben kan gezien worden als een voorlopige indicatie, die op grond van overleg met de cliënt en nader diagnostisch onderzoek weer bijgesteld kan worden. Bij gebrek aan dergelijke informatie in de voorgelegde casussen zullen de respondenten het plaatje zelf invullen. Elke respondent kan weer een andere interpretatie aan de situatie geven op grond van eigen ervaringen.

Als eerste kan de verdeeldheid tussen de respondenten dus verklaard worden door een verschil in interpretatie. Uit onderzoek (De Bruyn, 1988; Elstein & Bordage, 1988; Kleinmuntz, 1990; Koele, 1993; Koele & Westenberg, 1997; Legrenzi, Giroto & Johnson-Laird, 1993; Wagenaar, 1987; Westenberg, 1993) is echter gebleken, dat deskundigen hun eerste oordeel nauwelijks bijstellen op grond van nieuwe informatie. Ook als er bij elke casus meer of aanvullende informatie uit diagnostisch onderzoek gegeven zou zijn, zou dat wellicht niet tot meer overeenstemming hebben geleid.

Als tweede kan de verdeeldheid tussen de respondenten verklaard worden doordat niemand of slechts een minderheid van de indicatiestellers de waarheid kent, dat wil zeggen weet welke zorg bij een specifieke problematiek past. Bij elk probleem kan weer een andere minderheid beschikken over de juiste kennis. Zelfs

als er een globale overeenstemming over de gepaste zorg is, dan betekent dit nog niet dat die zorg ook werkelijk gepast is. Men kan het eens zijn over de verkeerde dingen. Als dit het geval is, pleit dit voor een sterke wetenschappelijke onderbouwing van de indicatiestelling en deskundigheidsbevordering van indicatiestellers.

De eerste en tweede verklaring veronderstellen dat bij elk probleem één vorm van zorg gepast is. Een derde verklaring voor de verdeeldheid over de indicatie kan zijn, dat bij elk probleem niet één bepaalde vorm van zorg gepast is, maar dat er verschillende vormen van zorg gepast kunnen zijn. Dit houdt ook in dat bij verschillende problemen dezelfde zorg gepast kan zijn, zoals de deksel van een middelgroot Marmitepotje ook op een klein potje Heinz sandwichspread past. Dit zou de dekseltheorie genoemd kunnen worden. Als dit het geval is, kunnen in principe alle respondenten de juiste indicatie gesteld hebben en is de mate van overeenstemming tussen indicatiestellers irrelevant.

Omdat er relatief weinig bekend is over de gepaste zorg voor jeugdigen, kan noch de ene noch de andere verklaring met zekerheid aangenomen of verworpen worden. In alle gevallen hebben indicatiestellers echter hun eigen interpretatie van de problematiek en van de zorg om de problemen aan te pakken. Zelfs na het uitsluiten van vermeende storende factoren voor de eenheid in indicatie, zoals de discipline van de indicatiesteller en de sector, blijkt er nog de nodige verdeeldheid te blijven bestaan. De verschillen van mening lijken structureel te zijn. Deze conclusie roept de vraag op welke implicatie dit heeft voor de indicatiestelling in de jeugdzorg.

9.4 Praktische implicatie

Het achterliggende idee van het jeugdzorgbeleid, zoals geschetst in paragraaf 9.2, is dat als de indicatiestelling maar voldoende gestructureerd wordt, als de indicatiesteller zich aan alle regels en richtlijnen houdt en veel samenwerkt met hulpverleners uit andere instellingen en andere sectoren, het wel goed komt met de indicatie. Volgens dit idee leidt een, wat betreft vorm, goed georganiseerde en geprotocolleerde jeugdzorg, waarin veel samengewerkt wordt vanzelf tot een inhoudelijk juiste indicatie. Kosten noch moeite lijken te worden gespaard om de jeugdzorg volgens dit idee te organiseren.

De Bureaus Jeugdzorg vormen de regionale voordeuren van de jeugdzorg, waar de indicaties gesteld worden. Dat het duidelijk is waar jeugdigen en hun ouders moeten zijn voor hulp is toe te juichen. Ook de samenwerking tussen instellingen kan vruchten afwerpen als die instellingen hun krachten bundelen en zien hoe ze elkaar kunnen aanvullen. Dat er eenheid komt in de manier waarop indicaties gesteld worden, zodat alle partijen weten waaraan ze toe zijn, heeft ook voordelen. Dat er eenheid komt in de te stellen indicaties is eveneens een goed streven, mits bekend is welke indicatie bij welke problematiek de juiste is. Maar dat is nu net een probleem. De kennis over welke zorg bij welk probleem past ontbreekt. Het is niet

eens bekend of er in principe voor elk probleem één oplossing is of dat verschillende manieren om een probleem aan te pakken even goed kunnen zijn. Dat betekent dat er vanuit de overheid maatregelen genomen worden om een eenheid te stimuleren, terwijl niet eens bekend is of die eenheid op de juiste gronden gebaseerd is en het de vraag is of die eenheid überhaupt wel mogelijk is.

Bij gebrek aan empirisch bewijs kan evenmin gesteld worden dat het gevolgde beleid verkeerd is. Transparantie van de jeugdzorg, snelheid van zorgverlening en de ontwikkeling van coherente zorgtrajecten zijn positieve uitgangspunten die de kwaliteit van de jeugdzorg kunnen verbeteren. Hoe veel of hoe weinig ook bekend is over de inhoud van de zorg, ze blijven waardevol. Er is daarom geen enkele reden om deze positieve ontwikkelingen waaraan overheid en veld met vereende krachten werken, opzij te zetten. Deze uitgangspunten staan in principe los van de inhoud van de zorg. Problemen ontstaan er pas als deze organisatorische uitgangspunten gebruikt worden om de inhoud van de zorg vast te leggen. Bij de invulling van het jeugdzorgbeleid dient met dit onderscheid tussen vorm en inhoud dan ook expliciet rekening gehouden te worden.

9.5 Hoofddijnen voor de indicatiestelling in de jeugdzorg

Voor een duidelijk omschreven beleid ten aanzien van de gewenste inhoud van de jeugdzorg schiet de beschikbare kennis tekort. Ook dit onderzoek heeft tegen de verwachting in relatief weinig duidelijkheid opgeleverd. De resultaten geven wel aanleiding om een aantal hoofddijnen te schetsen voor een inhoudelijk jeugdzorgbeleid. Om de jeugdzorg behalve vorm ook inhoud te kunnen geven wordt aanbevolen om de volgende drie hoofddijnen in gedachten te houden:

- Wetenschappelijk onderzoek levert een toenemend inzicht in gepaste zorg voor jeugdigen op.
- De vorm mag niet de inhoud bepalen. Er is dan ook voorzichtigheid geboden bij het vastleggen van de indicatiestelling in strikte regels.
- De indicatiesteller moet meer nadruk leggen op zijn relatie met de jeugdige en diens ouders. In het belang van de jeugdige ligt het perspectief van de cliënt als criterium voor de keuze van de zorg het meeste voor de hand.

In deze paragraaf zal ingegaan worden op deze hoofddijnen. In de volgende paragraaf worden nog enkele praktische aanbevelingen gedaan voor de inhoud van de jeugdzorg.

Wetenschappelijk onderzoek

Welk beleid ook gevoerd wordt, voorop staat dat jeugdigen en hun ouders de zorg krijgen die ze behoeven. Als de maatstaven ontbreken om te bepalen of jeugdigen en hun ouders de zorg krijgen die bij hun problemen past, dan zal hier iets aan gedaan moeten worden. Wetenschappelijk effectonderzoek kan meer inzicht geven

in de indicaties in de jeugdzorg. De wisselwerking tussen ideeën uit de praktijk en toetsing van deze ideeën door middel van wetenschappelijk onderzoek zal tot steeds meer inzicht kunnen leiden in de wederzijdse afstemming tussen problematiek en zorgaanbod. Dit inzicht kan inhouden dat aangetoond wordt dat bepaalde zorg wel of juist niet bij bepaalde problematiek past. Het kan ook betekenen dat uit onderzoek naar voren komt dat bij bepaalde problemen verschillende vormen van zorg even effectief zijn en dat bepaalde vormen van zorg bij diverse van elkaar verschillende problemen kunnen passen.

In hoofdstuk 1 is al gesteld dat een volledig inzicht in problematiek van jeugdigen enerzijds en de zorg die daarbij past anderzijds een utopie is. De problematiek en beschikbare vormen van zorg veranderen in de loop van de tijd. In hoeverre er inzicht zal komen in zorg die bij bepaalde problemen past is niet te voorspellen. Dat zal de praktijk uit moeten wijzen. Als blijkt dat er veel verschillende vormen van zorg bij dezelfde problematiek passen, dan heeft dat consequenties voor de organisatie van de jeugdzorg. Het heeft echter geen zin om op de resultaten vooruit te lopen. Wetenschappelijk onderzoek kan in ieder geval meer duidelijkheid opleveren omtrent de wijze waarop problematiek en zorg op elkaar af te stemmen zijn. De resultaten van dergelijk onderzoek kunnen op den duur een objectief criterium leveren voor de keuzen die gemaakt moeten worden.

Gebruik van wetenschappelijk kennis

De hoeveelheid informatie over mogelijke problemen en mogelijkheden voor zorgverlening is groot. Door wetenschappelijk effectonderzoek zal deze toenemen en steeds gedetailleerder worden. Van indicatiestellers mag niet verwacht worden dat ze al deze informatie als parate kennis ter beschikking hebben. Nieuw verworven kennis over gepaste zorg moet echter wel terecht komen bij indicatiestellers, zodat deze de kennis kunnen gebruiken om de juiste indicatie te stellen. Voor de verspreiding van wetenschappelijke kennis kunnen verschillende strategieën gehanteerd worden, die elk hun eigen waarde hebben.

Wetenschappelijke kennis kan vooraf gestructureerd aangeboden worden aan de gebruiker in de vorm van *richtlijnen*. Richtlijnen zijn adviezen die aangeven wat er gedaan kan worden om een bepaald doel te bereiken. Ze kunnen dienen als hulpmiddel voor de indicatiesteller om de problematiek van de jeugdige te verduidelijken. Ook kunnen ze de indicatiesteller ondersteunen bij de keuze van de zorg. Op deze manier kunnen ze leiden tot transparantie van de indicatiestelling, waardoor ze ook de cliënt duidelijkheid kunnen geven over hetgeen hij kan en mag verwachten bij de indicatiestelling.

Volgens Grol (1999) is het opstellen van richtlijnen mensenwerk en hierdoor subjectief en cultureel bepaald. Wat mensen belangrijk vinden is een kwestie van perspectief. De indicatiesteller die direct contact heeft met de jeugdige en diens ouders stelt andere prioriteiten dan bijvoorbeeld een politicus die zich bezighoudt

met het landelijk jeugdzorgbeleid. Dat niet alle jeugdigen hetzelfde zijn maakt het ontwikkelen van richtlijnen nog gecompliceerder. In de problematiek van jeugdigen is een groot aantal variaties mogelijk. De steeds wisselende context is niet gemakkelijk in regels te vangen. Als er al een algemene lijn te ontdekken valt, is deze gebaseerd op homogene groepen.

Toepassen van deze algemene lijn op individuele situaties leidt onvermijdelijk tot een paradox. Enerzijds staat de vraaggestuurde zorg voorop, dat wil zeggen werken vanuit de problematiek van de individuele cliënt. Anderzijds kunnen aanbevelingen op basis van populatiegericht onderzoek de indicatiestelling ondersteunen en transparant maken. In hoofdstuk 1 is reeds aangegeven dat de vertaling van wetenschappelijke kennis naar praktisch bruikbare informatie lastig is. Zorgvuldigheid en blijvende oplettendheid zijn dan ook geboden bij de formulering van richtlijnen. De tendens tot toenemende regulering die de laatste jaren, niet alleen binnen de jeugdzorg, waar te nemen is (Berg, 1996; Grol, 1999; Van Montfoort, 1999) werkt het negeren van richtlijnen in de hand (Grol, 1999; Kohler, 1997; Van Leeuwen, 1997; De Ruyter, 1999). Nauwe aansluiting bij het primaire proces tussen indicatiesteller en cliënt door concrete formulering kan deels voorkomen dat richtlijnen en plannen ter verbetering van zorg in de kast blijven liggen (Grol, 1999; De Ruyter, 1999). Concreet geformuleerde adviezen blijken namelijk eerder tot navolging te leiden dan abstracte richtlijnen (Grol, 1999; Van Montfoort, 1999; De Ruyter, 1999).

Het opvolgen van richtlijnen alleen biedt volgens diverse auteurs (Casparie, 1996; Grol, 1999; Van Montfoort, 1999; Spierings, 1999) echter geen garantie dat de gepaste zorg verleend wordt. Het gebruik van richtlijnen vereist nog steeds voldoende diagnostische know-how en vaardigheden van degene die deze opvolgt (Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1997a). De beschrijving van de probleemsituatie is immers geen technisch verhaal, waarvan alle mogelijke variaties en nuanceverschillen vast staan. De indicatiesteller moet de problematiek op waarde schatten. Hij moet de beschikbare informatie interpreteren en door op nuances te letten zorgt hij voor de fijnafstemming bij de indicatie.

Een gevaar dat aan de ontwikkeling van richtlijnen kleef is dat de richtlijnen niet als adviezen, maar als regels gepresenteerd worden. Het simpelweg opvolgen van deze regels kan leiden tot verstarring (Donker, 1996; De Ruyter, 1999), waarbij een weg terug volgens Donker (1996) erg lastig is.

Richtlijnen kunnen een hulpmiddel zijn ter ondersteuning en verduidelijking van het proces van indicatiestelling, maar zijn ook niet meer dan dat. Door richtlijnen pas te formuleren als onderzoek voldoende basis hiervoor biedt en door deze niet teveel als regels vast te leggen, maar als adviezen te presenteren, blijft de discussie over welke zorg bij welke problematiek past open. Bij elke probleemsituatie waarin jeugdigen kunnen verkeren moet de indicatiesteller nauwkeurig blijven nagaan om welke problematiek het precies gaat en welke zorg verleend dient te worden. Het primaire proces waarin, behalve het perspectief van de indicatiesteller, ook het perspectief van de cliënt een belangrijke rol speelt blijft uitgangspunt voor de indicatiestelling.

Evaluatie van het gebruik van specifieke richtlijnen bij specifieke groepen kan helderheid verschaffen over de bruikbaarheid van deze richtlijnen. De resultaten van dergelijke evaluaties kunnen de discussie over richtlijnontwikkeling sturen.

Het opstellen van richtlijnen is één manier om kennis te verspreiden. Binnen de jeugdzorg kunnen ook andere strategieën ter verspreiding van kennis aangewend worden. Zo kan ook recent verworven wetenschappelijke kennis geïntegreerd worden in het bestaande lespakket van relevante opleidingen. Door toekomstige indicatiestellers de relevante informatie als lesmateriaal voor te leggen worden ze op de hoogte gebracht van nieuwe ontwikkelingen.

Behalve dat studenten een bepaalde hoeveelheid kennis moeten verwerken, worden ze ook steeds meer opgeleid tot consumenten van onderzoek (onder andere Olson, 1996). Dit betekent dat studenten leren niet alleen informatie ter bevestiging van de eigen ideeën te raadplegen, maar ook informatie die deze ideeën mogelijk verworpt. Toekomstige indicatiestellers leren op deze manier relevante informatie over gepaste zorg zelf te selecteren en te structureren.

Geautomatiseerde informatiesystemen kunnen een belangrijk hulpmiddel zijn bij de keuze van alternatieven voor gepaste zorg (Gardner, 1997; Van Gageldonk & Bartels, 1991). Ze bieden de mogelijkheid om snel en efficiënt op elk gewenst moment informatie te verkrijgen. Het grootste informatiesysteem dat in principe voor iedereen beschikbaar is, is het *Internet*. Via deze elektronische snelweg kan snel allerlei informatie over verschillende onderwerpen in de hele wereld geraadpleegd worden. Wie bijvoorbeeld informatie zoekt over 'evidence-based medicine' vindt op het Internet meer dan 1000 verwijzingen naar pagina's met informatie over dit onderwerp uit de hele wereld. Gezien de versnipperde empirische kennis over gepaste jeugdzorg is ook de inhoudelijke informatie op dit terrein minder gemakkelijk te vinden op het Internet. De pagina Jeugdzorg (<http://www.jeugdzorg.nl>) bevat wel de nodige informatie en heeft een aantal links naar andere relevante Internetpagina's, maar het overzicht is nog onvolledig. Ook bestaan er bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) initiatieven om te komen tot een landelijk registratiesysteem dat informatie over problemen en gepaste zorg voor jeugdigen gaat aanbieden. De uitvoering hiervan bevindt zich echter nog in een pril stadium.

Studenten die opgeleid worden tot consumenten van onderzoek zijn gewend om Internet of andere informatiesystemen te raadplegen. Dat kennis op deze manier bij toekomstige indicatiestellers terecht komt, ligt in de lijn der verwachtingen. Indiciestellers die reeds in de jeugdzorg werken moet misschien geleerd worden om zich op deze manier nieuwe inzichten over gepaste zorg eigen te maken.

De ideeën over het moderne onderwijs om studenten op te leiden tot consumenten van onderzoek komen overeen met de gedachte achter *evidence-based medicine* (Sackett e.a., 1997). Evidence-based medicine (EBM) houdt in dat de indicatiesteller naar aanleiding van een specifiek probleem zelf uit verschillende

bronnen informatie verzamelt over mogelijke behandelingen. Op grond van deze informatie komt de indicatiesteller tot een weloverwogen oordeel over de gepaste zorg in dit specifieke geval. Evaluatie van de keuze en de toepassing ervan per situatie moeten het inzicht in het scala aan gepaste zorg vergroten.

In hoeverre evidence-based medicine op deze manier toepasbaar is op de jeugdzorg staat nog ter discussie. De wetenschappelijke kennis die dit mogelijk zou moeten maken, ontbreekt immers grotendeels. EBM kan echter opgevat worden als een bepaalde denkwijze om kritisch alle mogelijke informatie te raadplegen teneinde weloverwogen tot een bepaalde beslissing te komen. Deze denkwijze kan ook in de jeugdzorg nuttig zijn om meer zicht te krijgen op de voor- en nadelen van bepaalde indicaties

Relatie tussen cliënt en indicatiesteller

Voordat er, op basis van wetenschappelijk onderzoek, inzicht is verworven in een substantieel deel van de problematiek en de daarbij passende zorg, is er nog een lange weg te gaan. Voordat deze kennis als praktisch bruikbare informatie en/of adviezen de indicatiesteller bereikt, duurt nog langer. Jeugdzorginstellingen kunnen niet hun deuren sluiten tot er voldoende, praktisch toepasbare kennis over gepaste zorg is. Zolang niet duidelijk is welke zorg gepast is, moet de indicatiesteller roeien met de riemen die hij heeft. Wanneer objectieve criteria om te bepalen welke zorg gepast is ontbreken, kunnen intersubjectieve of subjectieve criteria uitkomst bieden. Vanuit de verschillende sectoren in de jeugdzorg is een jarenlange expertise opgebouwd om problemen van jeugdigen aan te pakken. Om te beoordelen of bepaalde zorg gepast is, staat de individuele indicatiesteller dus niet met lege handen. Hij kan zich voorlopig verlaten op de kennis uit zijn opleiding en de ervaring die hij en zijn collega's reeds met andere cliënten hebben opgedaan.

Binnen een vraaggestuurde zorg biedt het belang van de jeugdige het meest voor de hand liggende criterium voor de keuze van de zorg. In het voorgaande is het perspectief van de cliënt al enkele malen genoemd. Hoe de cliënt de zorgverlening ervaart, bepaalt mede de effectiviteit van de zorg. Het gaat te ver om de indicatiestelling geheel los te koppelen van alle kennis die indicatiestellers in de loop van de tijd opgebouwd hebben. Wat wel van belang is voor de kwaliteit van de zorg is de aandacht voor de relatie tussen indicatiesteller en cliënt. Zolang de wetenschappelijke kennis ontbreekt om precies te bepalen welke zorg gepast is, kunnen indicatiestellers of instellingen hun prioriteiten ook verleggen. Behalve in de verbetering van het resultaat van het besluitvormingsproces (de indicatie) kunnen ze hun energie ook steken in aspecten van het proces zelf. In de praktijk baseert de indicatiesteller zich immers niet alleen op zijn eigen oordeel, maar beïnvloedt ook het perspectief van de cliënt de besluitvorming (Ballard-Reisch, 1990; Cline, 1985; Dickey & Wagenaar, 1994; Shirk & Saiz, 1992). In overleg met de cliënt kan de indicatiesteller zijn oordeel toetsen en bijstellen. Op deze manier wordt de zorg niet alleen afge-

stemd op de specifieke problemen, maar ook op de behoeften en mogelijkheden van de individuele cliënt. Als de zorg aansluit bij het perspectief van de cliënt zal deze meer effect hebben dan wanneer dit niet het geval is.

9.6 Praktische aanbevelingen

Behalve op hoofdlijnen hebben de resultaten van dit onderzoek ook specifiekere aanknopingspunten voor de indicatiestelling in de jeugdzorg gegeven. In deze paragraaf worden op grond hiervan enkele praktische aanbevelingen gedaan.

Nadere diagnostiek

De beoordelaars uit het onderzoek indiceerden gemiddeld meer diagnostische zorgactiviteiten dan andere soorten zorgactiviteiten, namelijk gemiddeld 3 diagnostische zorgactiviteiten per casus tegenover 0,7 tot 1,4 zorgactiviteiten voor advies, begeleiding, behandeling en verblijf. Dit lag niet aan het aantal zorgactiviteiten per soort waaruit de beoordelaars konden kiezen. Zoals in paragraaf 8.6.1 is gesteld, is het mogelijk dat de beoordelaars over te weinig informatie beschikten om meer dan alleen maar (nadere) diagnostiek te indiceren. Het is ook mogelijk dat de beoordelaars er zekerder van waren welke diagnostiek verricht zou moeten worden dan bijvoorbeeld welke behandeling of begeleiding bij de problemen paste. Maar of de voorkeur voor diagnostische zorgactiviteiten voortkomt uit gebrek aan informatie of uit onzekerheid over de gepaste zorg, in beide gevallen heeft het dezelfde consequentie voor de toegang tot de jeugdzorg. Indicatiestellers zullen bij de toegang van de jeugdzorg relatief vaak een voorlopige indicatie stellen. Zeker bij complexe probleemsituaties, zoals de meeste casussen in dit onderzoek, zullen ze adviseren nader diagnostisch onderzoek te verrichten voordat ze een (definitieve) indicatie zullen stellen. Dit is inherent aan het cyclische karakter van de indicatiestelling en past niet binnen een statische formulering van functies die elkaar één voor één opvolgen. Bij minder complexe problemen, waarbij snel duidelijk is welke zorg verleend dient te worden, is de jeugdige niet gebaat bij uitgebreid diagnostisch onderzoek. De voorkeur voor nadere diagnostiek is in dergelijke situaties in tegenspraak met het principe van snelle zorgverlening. Dit betekent dat er in de praktijk aandacht gegeven moet worden aan de afweging van prioriteiten: snelle zorgverlening of meer zekerheid over de te stellen indicatie.

'Standaard zorgpakket'

Een viertal zorgactiviteiten bleek hoog op de prioriteitenlijst van de beoordelaars te staan. Deze vier zorgactiviteiten kunnen beschouwd worden als een kernpakket, dat in veel situaties de basis van de zorg vormt. 'Sociaal-emotioneel onderzoek van de jeugdige' geeft een eerste zicht op de jeugdige en hoe deze de problematiek aankan. 'Gezinstaxatie' levert informatie op over het gezin en hoe het met de problematiek omgaat. In het 'advies aan de ouders of verzorgers' wordt deze informatie

teruggekoppeld. 'Begeleiding van de ouders' geeft hen een steuntje in de rug bij de aanpak van de problematiek.

De resultaten zijn gebaseerd op de beoordeling van probleemsituaties, waarin zich steeds een combinatie van drie tot tien verschillende problemen voordeed. De vraag is dan ook in hoeverre dit basispakket aan zorg ook bij minder complexe probleemsituaties verleend zou moeten worden. Dat de ouders van alle jeugdigen met problemen geadviseerd en in meer of mindere mate begeleid worden, is nog te verantwoorden. Als de jeugdige bijvoorbeeld als enige klacht spellingsproblemen heeft, kan enig inzicht in de emotioneel-sociale gevolgen van de problematiek op zich niet zoveel kwaad, maar voor een diepgaand onderzoek naar het emotioneel-sociaal functioneren van de jeugdige geeft een dergelijk probleem geen directe aanleiding. Taxatie van het hele gezin is in zo'n geval evenmin op zijn plaats. In hoeverre deze vier zorgactiviteiten een reëel basispakket voor de praktijk vormen en bij welke probleemsituaties het basispakket verleend zou moeten worden, zou nader onderzocht moeten worden. Uitkomst van dergelijk onderzoek zou kunnen zijn dat dit basispakket alleen voor complexe probleemsituaties geldt. De conclusie kan ook zijn dat deze zorgactiviteiten altijd aandacht moeten krijgen en dat bij elke situatie afgewogen dient te worden hoe groot deze aandacht moet zijn.

Zorgcombinaties

In de antwoorden van de respondenten bleken bepaalde patronen te zitten, waardoor er combinaties van zorgactiviteiten te onderscheiden waren. Als respondenten een bepaalde zorgactiviteit gepast vonden, dan vond een groot deel van hen ook één of meer andere zorgactiviteiten gepast. Vonden de beoordelaars bijvoorbeeld dat de leerkracht begeleid diende te worden, dan vonden ze ook vaak advies aan de leerkracht en/of cognitief onderzoek en/of remedial teaching gepast. Vonden ze dat de ouders begeleid dienden te worden, dan vonden ze ook vaak gedragsobservatie, gedragscorrectie en/of video-hometraining gepast. De resultaten impliceren dat alle onderdelen van de zorgcombinatie in principe samen verleend dienen te worden. In de praktijk zou per situatie bekeken kunnen worden in hoeverre dat ook echt noodzakelijk is. Als bijvoorbeeld bij een jeugdige 'schoolse begeleiding' geïndiceerd is en er is al uitvoerig cognitief onderzoek verricht, dan zou dit onderdeel uit de betreffende zorgcombinatie achterwege kunnen blijven. Uitgangspunt is echter dat de zorgactiviteiten samen een zorgcombinatie vormen en samen verleend dienen te worden.

Alle zorgactiviteiten maken deel uit van één van de dertien zorgcombinaties, met uitzondering van twee kleine groepen zorgactiviteiten. De eerste groep betreft de incidenteel genoemde zorgactiviteiten, zoals educatieve therapie en groepstherapie voor de ouders. Dat deze zorgactiviteiten niet frequent als gepast genoemd zijn, betekent niet dat ze uit het zorgaanbod geschrapt zouden moeten worden. Het betekent wel dat ze in de praktijk niet tot een vaste zorgcombinatie zullen behoren. Ze zullen er los van staan. Per situatie zal moeten worden nagegaan in hoeverre

deze zorgactiviteiten, wellicht in aanvulling op een zorgcombinatie, verleend dienen te worden.

De zorgactiviteiten die in het onderzoek bij alle problemen als even gepast beschouwd werden vormen de tweede groep van zorgactiviteiten naast de zorgcombinaties. De keuze voor deze zorgactiviteiten, bijvoorbeeld opvoeding en verzorging, lijkt afhankelijk te zijn van andere factoren dan de problematiek. Om deze reden passen ze niet binnen één bepaald zorgprogramma voor een bepaalde doelgroep. Ze zouden, evenals de incidenteel genoemde zorgactiviteiten, als losse onderdelen van het jeugdzorgaanbod gehandhaafd kunnen worden. Samen dekken de zorgcombinaties en de twee genoemde groepen zorgactiviteiten het hele zorgaanbod voor jeugdigen. Deze samenstelling van het zorgaanbod lijkt ook recht te doen aan het zorgaanbod in de dagelijkse praktijk. Indicatiestellers bleken namelijk heel goed in staat uit de aangeboden lijst met zorgactiviteiten een keuze te maken. Ze hadden weinig behoefte aan aanvulling van dit zorgaanbod. In hoeverre dit aanbod volledig is, zou in de praktijk getoetst kunnen worden.

10 Samenvatting

Lange tijd was het sterk afhankelijk van de sector (jeugdbescherming, jeugdhulpverlening of geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen) waarin de jeugdige terecht kwam, welke zorg verleend werd. Door de ontwikkelingen in de jeugdzorg in met name het afgelopen decennium is daarin een kentering gekomen. Volgens het huidige jeugdzorgbeleid dient de zorg afgestemd te worden op de problematiek van de jeugdige. Hierin heeft de indicatie een spilfunctie. De indicatie is namelijk het resultaat van een besluitvormingsproces, waarin de indicatiesteller vaststelt welke problemen de jeugdige en zijn gezin ondervinden en welke zorg verleend dient te worden. Een cruciale vraag is hoe een indicatiesteller weet dat hij de juiste beslissingen neemt. Empirisch bewijsmateriaal voor een juiste keuze van de zorg is schaars. Onderzoeksresultaten van effectieve jeugdzorg zijn versnipperd. Vanwege de grote hoeveelheid variaties in problematiek lijkt het verwerven van een volledig inzicht in problematiek en daarbij passende zorg een utopie. Niet alle jeugdigen zijn immers hetzelfde. Bij de beoordeling van individuele probleemsituaties blijft de indicatiesteller dan ook deels aangewezen op zijn eigen kennis en ervaring.

Als de kennis op basis van wetenschappelijk effectonderzoek ontoereikend is, kan informatie op basis van ervaringskennis tot nieuwe of andere inzichten leiden. Vanuit dit idee is het onderzoek dat in dit proefschrift beschreven wordt opgezet. De ervaringskennis van indicatiestellers in de jeugdzorg is gebruikt als bron om inzicht te verwerven in welke zorg past bij welke problematiek. De probleemstelling van dit onderzoek luidt:

Welke zorgactiviteiten uit het bestaande zorgaanbod of combinaties daarvan vinden indicatiestellers gepast, gegeven de aanwezigheid van bepaalde kenmerken van de problematiek bij jeugdigen?

In het onderzoek zijn probleemsituaties, waarin jeugdigen en hun ouders kunnen verkeren, voorgelegd aan medewerkers van Nederlandse jeugdzorginstellingen met een centrale functie bij de intake, diagnostiek, indicatiestelling en/of zorgtoewijzing. Hen is gevraagd een collegiaal advies te geven over de zorg die ze bij elke probleemsituatie vonden passen.

Uitgangspunt van dit onderzoek is dat de factoren die de problematiek van jeugdigen kenmerken, primair de keuze voor de zorg bepalen. De relevante probleemkenmerken zijn uit de literatuur geselecteerd. Volgens de literatuur waren complexiteit en ernst van de problematiek eveneens van belang voor de indicatie. In onderstaande lijst staan tussen haakjes de waarden die elk probleemkenmerk in het onderzoek kon aannemen.

1. lichamelijke problemen (geen, licht of ernstig);
2. cognitieve problemen (geen, licht of ernstig);
3. emotionele problemen (geen, licht of ernstig);
4. sociale problemen (geen, licht of ernstig);

5. schoolproblemen (ja, nee);
6. vrijetijdsproblemen (ja, nee);
7. individuele problemen van de ouders (ja, nee);
8. relatieproblemen tussen ouders (ja, nee);
9. relatieproblemen tussen ouder(s) en kind (ja, nee);
10. opvoedingscapaciteiten ouders (onvoldoende, voldoende, meer dan voldoende);
11. kwetsbaarheid van de jeugdige (ja, nee [weerbaar]);
12. steun van belangrijke andere personen dan de ouders (ja, nee);
13. duur van het probleem (<3 maanden, 3 maanden tot 1 jaar, > 1 jaar);
14. eerder contact met de hulpverlening (ja, nee).

Elke willekeurige combinatie van deze veertien probleemkenmerken vormt een zogenaamd vignet. Theoretisch kunnen bijna 200.000 verschillende vignetten geconstrueerd worden. Door systematische variatie kon dit grote aantal teruggebracht worden tot 32. Dit aantal volstond voor een verantwoorde analyse van de samenhang tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten. Alle vignetten zijn ingevuld met casussen uit de jeugdzorg, dat wil zeggen probleemsituaties waarin jeugdigen en/of hun ouders kunnen verkeren. De bedoeling was dat indicatiestellers deze probleemsituaties los van praktische mogelijkheden en onmogelijkheden zouden beoordelen.

De beoordeling van alle 32 casussen door elke respondent zou een te grote belasting zijn. Daarom zijn er acht verschillende versies van de vragenlijst ontworpen met elk acht casussen. De respondenten is gevraagd welke zorg ze bij elke casus noodzakelijk vonden. Hierbij konden ze kiezen uit 44 verschillende zorgactiviteiten. In de vragenlijst zijn de zorgactiviteiten per functie (diagnostisch onderzoek, advisering, begeleiding, behandeling en verblijf) gegroepeerd. Voor de samenstelling van de lijst met zorgactiviteiten is het jeugdzorgaanbod in de literatuur geïnventariseerd.

Behalve naar probleemkenmerken en zorgactiviteiten is in de literatuur ook gezocht naar andere factoren dan de probleemkenmerken die de indicatie kunnen beïnvloeden. Het gaat hierbij om het kenmerkende van de indicatie als beslissing (zoals de mate van onzekerheid), kenmerken van de indicatiesteller, kenmerken van de cliënt en van de relatie tussen cliënt en indicatiesteller, maar ook om praktische mogelijkheden en onmogelijkheden door het beleid of knelpunten in de jeugdzorg. Door gebruik te maken van de vignettenmethode hadden deze factoren in het onderzoek geen invloed op de indicatie met uitzondering van de kenmerken die het referentiekader van de indicatiesteller bepalen. Daarom is in het onderzoek ook geanalyseerd in hoeverre werkervaring, functie en discipline van de indicatiesteller én de sector waarin hij werkt samenhangen met de keuze van de zorg.

Mede op basis van het literatuuronderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. *Welke kenmerken in de problematiek van jeugdigen dragen significant bij aan de keuze van de zorgactiviteit, die indicatiestellers gepast vinden?*
2. *Welke combinaties van zorgactiviteiten zijn te onderscheiden?*
3. *Welke kenmerken in de problematiek van jeugdigen dragen significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die indicatiestellers gepast*

vinden?

4. In hoeverre dragen de ernst en de complexiteit van de problematiek significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die indicatiestellers gepast vinden?
5. In hoeverre dragen kenmerken van de indicatiestellers (functie, discipline, werkervaring en sector) significant bij aan de keuze van de combinatie van zorgactiviteiten, die zij gepast vinden?

Voor deelname aan het onderzoek zijn alle instellingen voor jeugdzorg in Nederland benaderd. De respons van de instellingen was 61%. Deze varieerde per jeugdzorgsector. De groep van 270 respondenten bestond voornamelijk uit maatschappelijk werkenden, psychologen, pedagogen en kinder- en jeugdpsychiaters. Zij beschikten over een werkervaring van gemiddeld 13,9 jaar. Het grootste deel van de respondenten had een hulpverlenende of behandelende functie. Ruim een derde (36%) had (daarnaast) een leidinggevende functie.

De kenmerken van de respondenten vormden samen met de probleemkenmerken en de ernst en complexiteit van de problematiek de onafhankelijke variabelen in het onderzoek. De variabelen die het zorgaanbod beschrijven waren de afhankelijke variabelen. De beoordelingen van de gepaste zorg door de respondenten vormden de analyse-eenheden. Voor elke casus die hij had beoordeeld, telde een respondent in het onderzoek mee als beoordelaar.

Voor een antwoord op de eerste onderzoeksvraag is de samenhang tussen de probleemkenmerken en de zorgactiviteiten onderzocht. De associatiemaat voor nominale variabelen phi gaf inzicht in de samenhang tussen alle variabelen afzonderlijk. In de logistische regressie-analyses kon de invloed van andere probleemkenmerken op de keuze van een zorgactiviteit constant gehouden worden.

Uit de logistische regressie-analyses kwamen grotendeels dezelfde verbanden naar voren als op basis van de associatie. Sommige verbanden werden versterkt door rekening te houden met de invloed van andere probleemkenmerken op de keuze van de zorg. Andere werden afgezwakt.

Lichamelijke problemen bleken van belang te zijn voor de indicatie voor lichamelijk onderzoek. Ernstige lichamelijke problemen speelden daarnaast ook een rol bij de keuze voor functiegericht onderzoek en voor medicatie.

Ernstige *cognitieve problemen* bepaalden grotendeels de indicatie voor psychiatrisch onderzoek. Ook voor de keuze voor medicatie en/of (spel)psychotherapie waren ze van belang.

Bij *emotionele problemen* noemden de beoordelaars geen cognitief onderzoek. Bij ernstige emotionele problemen vonden ze (spel)psychotherapie een gepaste behandeling. Advies aan en begeleiding van de leerkracht noemden ze niet bij dergelijke problemen.

De keuze voor training van de sociale vaardigheden hing af van de aanwezigheid van *sociale problemen*, maar ook van problemen in de vrijetijdsbesteding. Bij

lichte sociale problemen vonden de beoordelaars gedragscorrectie en groepstherapie voor jeugdigen ook gepast.

Bij *problemen op school* kozen de beoordelaars voor zorg die gericht was op (begeleiding van) het functioneren op school.

Bij de indicatie voor bescherming van de jeugdige speelden *problemen in de thuissituatie* een rol.

Advies zouden de beoordelaars geven aan jeugdigen van *13-18 jaar* en niet zozeer aan jeugdigen van *0-12 jaar*. Gedragsobservatie en videohometraining vonden zij meer passen bij jeugdigen van *0-12 jaar* dan bij de *13-18-jarigen*.

Voor lichamelijk onderzoek kozen de beoordelaars vaker bij *meisjes* dan bij *jongens*.

Met behulp van Princals en Principale Componentenanalyse zijn uit de gegevens dertien *zorgcombinaties* geïdentificeerd (onderzoeksvraag 2). Deze zijn:

1. Schoolse begeleiding
2. Gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding
3. Onderzoek naar het functioneren op de verschillende levensterreinen
4. (Medisch) psychiatrische zorg
5. Functiegerichte zorg
6. Vaardigheidstraining
7. Bescherming
8. Op het gezin gerichte zorg
9. Emotioneel- sociale zorg
10. Onderzoek naar de mogelijkheden voor ulthuisplaatsing
11. Advies en begeleiding van de jeugdige
12. (Spel)psychotherapie
13. Therapeutische gezinsverpleging

Als antwoord op onderzoeksvraag 3 is per zorgcombinatie beschreven welke probleemkenmerken verantwoordelijk waren voor de keuze. De voorspellende waarde van de probleemkenmerken was voor geen van de zorgcombinaties erg hoog. R^2 varieerde van .05 tot .35. De probleemkenmerken voorspelden het beste of beoordelaars 'schoolse begeleiding' ($R^2 = .35$) en 'functiegerichte zorg' ($R^2 = .29$) gepast vonden. Ook 'gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding' ($R^2 = .23$), '(medisch) psychiatrische zorg' ($R^2 = .22$), 'op het gezin gerichte zorg' ($R^2 = .20$) en 'advies en begeleiding van de jeugdige' ($R^2 = .23$) waren redelijk voorspelbaar op basis van de probleemkenmerken. Bij de overige zorgcombinaties verklaarden de probleemkenmerken minder dan 20% van de variantie en was hun voorspellende waarde beperkt.

Ernst en complexiteit van de problematiek waren van marginaal belang voor de keuze van de zorg (onderzoeksvraag 4). Deze variabelen verklaarden namelijk maar 2% tot 13% van de variantie van de zorgcombinaties. Nagegaan is welke probleemkenmerken en welke variabelen voor ernst en complexiteit samen het grootste gewicht hadden in de keuze van de zorgcombinaties. In onderstaande beschrijving zijn de variabelen met een absoluut gewicht van .20 of meer genoemd.

Schoolse begeleiding vonden de beoordelaars gepast bij ernstige problematiek en als de ouders over voldoende opvoedingscapaciteiten beschikten. Als zich meerdere problemen voordeden in het functioneren van de jeugdige en zeker als het emotionele problemen van de jeugdige betrof, noemden ze schoolse begeleiding *niet* als gepast.

Voor *gedragsmatige begeleiding bij de opvoeding* kozen de beoordelaars bij jeugdigen van 0-12 jaar en/of bij sociale problemen. Als zich veel problemen in het functioneren van de jeugdige voordeden noemden ze deze begeleiding *niet* als gepast.

Bij welke problemen de beoordelaars *onderzoek naar het functioneren op de verschillende levensterreinen* gepast vonden, was niet duidelijk. Ze kozen deze zorgcombinatie in ieder geval *niet* als sprake was van ernstige emotionele problemen bij de jeugdige.

(Medisch) psychiatrische zorg indiceerden de beoordelaars bij jeugdigen met ernstige cognitieve problemen.

Voor *functiegerichte zorg* kozen de beoordelaars als zich ernstige lichamelijke problemen bij de jeugdige voordeden.

Vaardigheidstraining vonden de beoordelaars gepast als de jeugdige sociale problemen had.

Bij ernstige problematiek, die zich voordeed op meerdere levensterreinen was *bescherming* geïndiceerd.

Bij de keuze voor *op het gezin gerichte zorg* speelden bijna alle probleemkenmerken een rol, maar hun gewicht was klein.

Voor de indicatie voor *emotioneel-sociale zorg* gaf de ernst van de problematiek de meeste doorslag. Het gewicht van alle significante probleemkenmerken was klein.

Een onderzoek naar de mogelijkheden voor uithuisplaatsing indiceerden de beoordelaars als zich meerdere problemen in de thuissituatie voordeden. Welke problemen dat precies waren, was van ondergeschikt belang.

Advies en begeleiding van de jeugdige vonden de beoordelaars gepast bij 13-18 jarigen en/of als in de situatie relatief veel probleemkenmerken aanwezig waren.

Voor de indicatie van *(spel)psychotherapie* leken bijna alle probleemkenmerken van belang, maar hun gewichten waren kleiner dan |.20|.

Bij cognitieve problemen noemden de beoordelaars geen *therapeutische gezinsverpleging*.

De resultaten voor de zorgactiviteiten en die voor de zorgcombinaties hebben dezelfde strekking. De keuze voor een deel van de zorg was op basis van de probleemkenmerken redelijk te voorspellen. Voor deze keuze waren steeds maar enkele probleemkenmerken van belang. De gevonden samenhangen lagen deels voor de hand. Andere voor de hand liggende verbanden zijn echter niet gevonden, zoals de indicatie voor gezinstaxatie of videohometraining als de ouders over onvoldoende opvoedingscapaciteiten beschikten.

Van alle probleemkenmerken in het onderzoek droeg maar een deel in belangrijke mate bij aan de indicatie. Voor relatieproblemen van de ouders, de kwetsbaarheid van de jeugdige, sociale steun van belangrijke andere personen dan de ouders, de duur van de problematiek en eerder contact met de hulpverlening zijn geen verbanden van betekenis gevonden met de keuze van de afzonderlijke zorgactiviteiten, noch met de keuze van de zorgcombinaties. Dit kan betekenen dat deze probleemkenmerken niet van belang waren voor de keuze van de zorg of dat er minder overeenstemming was over de gepaste zorg als deze probleemkenmerken zich voordeden.

In het onderzoek zijn relatief weinig verbanden van enige betekenis ($\beta > .20$) gevonden tussen de probleemkenmerken en de gepaste zorg. De zwakke verbanden zijn deels te wijten aan het gebruik van dummyvariabelen en deels aan het gebrek aan overeenstemming tussen de beoordelaars over de gepaste zorg. Hoewel de beoordelaars bij de casussen veelal dezelfde zorgactiviteiten *niet* noemden, was de overeenstemming over de zorg die ze wel gepast vonden gering.

De kenmerken van de indicatiesteller waren nauwelijks van belang voor de keuze van de zorg (onderzoeksvraag 5). Het enige opvallende resultaat was dat kinder- en jeugdpsychiaters een grotere voorkeur hadden om (medisch) psychiatrische zorg te indiceren dan een van de andere disciplines. Voor het overige hadden functie, discipline, werkervaring van de indicatiesteller en sector waarin hij werkt geen invloed op de indicatie.

Voorafgaand aan dit onderzoek werd verwacht dat het inzicht zou geven in welke zorg bij welke problemen past. Deze verwachting is slechts ten dele uitgekomen. Op basis van de problematiek was slechts beperkt te voorspellen welke zorg indicatiestellers gepast vonden. Een verklaring voor dit verschil tussen verwachting en resultaat is gezocht in de uitwerking van de vignettenmethode. Er zijn enkele methodologische kanttekeningen geplaatst, die te maken hebben met:

- de selectie en/of invulling van de probleemkenmerken;
- de selectie van de zorgactiviteiten;
- de hoeveelheid informatie per casus;
- de wijze van analyseren;
- de vooronderstelling van het onderzoek dat bij elk probleem één vorm van zorg gepast is.

De eerste vier onderwerpen hadden in het onderzoek misschien genuanceerder benaderd kunnen worden. Op details zouden de resultaten dan iets meer aan de verwachtingen hebben kunnen voldoen. De grote lijn zou echter niet anders zijn geworden. De overeenstemming tussen de beoordelaars over de gepaste zorg zou niet zo groot zijn geworden dat zij unaniem één bepaalde vorm van zorg bij één bepaald probleemkenmerk gepast achtten. Dit doet vermoeden dat de veronderstelling dat er bij elk probleem één bepaalde vorm van zorg gepast is niet juist is. Mogelijk zijn bij elk probleem meer vormen van zorg gepast. Andersom kan ook bij verschillende problemen dezelfde zorg gepast zijn.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat de indicatiestellers in de jeugdzorg heel verschillende meningen hebben over gepaste zorg. Het achterliggende idee van het jeugdzorgbeleid is dat als de indicatiestelling maar voldoende gestructureerd wordt, als de indicatiesteller zich aan alle regels en richtlijnen houdt en veel samenwerkt met hulpverleners uit andere instellingen en andere sectoren, het ook inhoudelijk wel goed komt met de indicatie. Zelfs al zou er volledige overeenstemming tussen indicatiestellers komen over de te verlenen zorg, dan staat nog niet vast of de gekozen zorg ook het meest gepast is bij de betreffende problematiek. Empirisch bewijs voor een inhoudelijk juiste indicatie ontbreekt immers grotendeels.

Welk jeugdzorgbeleid ook gevoerd wordt, voorop staat dat de jeugdigen en hun ouders de zorg krijgen die ze behoeven. Als de maatstaven ontbreken om te bepalen of jeugdigen en hun ouders de zorg krijgen die bij hun problemen past, dan zal hier iets aan gedaan moeten worden. Wetenschappelijk onderzoek kan op lange termijn inzicht in gepaste zorg voor jeugdigen opleveren. Bij het vastleggen van wetenschappelijke kennis in strikte regels is voorzichtigheid geboden om verstarring bij de indicatiestelling te voorkomen. Niet alle jeugdigen zijn immers hetzelfde. Op korte termijn kan meer nadruk gelegd worden op de kwaliteit van de relatie tussen de jeugdige en diens ouders enerzijds en de indicatiesteller anderzijds.

Summary

The allocation of care to a child and its family is the result of a complicated decision making process. Traditionally the Dutch professional youth care, i.e. the care for children and adolescents and their family, is provided by three different sectors (i.e. judicial care, welfare work or mental health care). Until recently the availability of the different types of care in each sector mainly determined which care was actually provided. Due to developments in youth care this has changed. According to the youth care policy nowadays care has to be appropriate to the problems encountered. Assessment of the problems of the child and its family should give the professional caregiver the information to decide which care has to be provided. In this process professional youth care workers use their professional training and experience to reach a decision.

However, the question remains how a professional caregiver knows he is taking the right decisions. Scientific evidence provides little guidance. Research on effectiveness of youth care is scarce and fragmented. Not all children are the same and there is a great variety in problem situations. Gaining an overall insight in the problems encountered and the care appropriate to these problems seems to be Utopian. In view of this state of affairs, professional experience is the best source available to establish the appropriateness of different types of care for the many different problems children and their families may encounter. This idea is central to the study of assessment and allocation of youth care described in this dissertation. The problem formulation of this study is as follows:

Which care do professionals in youth care consider appropriate, given the presence of certain characteristics of the problems encountered by children and adolescents?

Essentially, in this study descriptions of problem situations in which children or adolescents can be involved, were presented to a large number of professionals in youth care in the Netherlands dedicated to doing intakes, assessments, and care allocations. They were asked to give advice, as if to a colleague, about the type of care they considered appropriate for each case.

This investigation sets out from the point of view that factors characterizing the problems of children and adolescents primarily determine which care is appropriate. The problem characteristics relevant to the decision on appropriate care have been selected from literature. According to the literature the complexity and severity of the problem situation also play an important role in the assessment and allocation of care. Below, the selected problem characteristics are listed with the values assigned to them in this study in parentheses:

1. physical problems (none, minor or severe);
2. cognitive problems (none, minor or severe);
3. emotional problems (none, minor or severe);
4. social problems (none, minor or severe);
5. school problems (yes, no);
6. leisure problems (yes, no);

7. personal problems of individual parents (yes, no);
8. relational problems of parents (yes, no);
9. relationship problems between parent(s) and child (yes, no);
10. parenting skills (insufficient, sufficient, more than sufficient);
11. vulnerability (yes, no [resilience]);
12. support of significant others (yes, no);
13. duration of the problem (< 3 months, 3 months to a year, > a year);
14. previous contacts with professional youth care (yes, no).

Any random combination of these 14 problem characteristics is called a vignette. In theory, almost 200,000 different vignettes can be constructed. By systematic variation, this large number was reduced to 32. This amount was sufficient to allow analysis of the relations between problem characteristics and the decision about the appropriate care. For every vignette a matching case was found, i.e. an actual problem situation in which children and adolescents and/or their parents were involved. Respondents had to judge these cases while ignoring any practical possibilities and impossibilities.

For each respondent to judge all 32 cases would be too big a burden. For this reason eight different versions of the questionnaire with eight cases each have been devised. The respondents were asked which type of care they considered appropriate for each case. For this, they could choose from 44 different types of care, referred to as care activities. In the questionnaire, care activities were grouped according to their function (diagnosis, advice, coaching, treatment and residence). The various care activities have been selected from literature.

Literature has also been consulted to identify any factors other than the problem characteristics that influence the decision on appropriate care. These are characteristics inherent to the nature of the decisions made (such as the degree of uncertainty), personal characteristics of the youth care professionals, personal characteristics of the client, characteristics of the relationship between client and professional, and practical consequences of youth care policy. In this study only the characteristics that determine the referential scope of the youth care professionals could influence the judgments on appropriate care to be made. For this reason these factors, i.e. work experience, kind of employment and discipline of the respondents and the sector he works in, were taken into account in this investigation.

The following research questions were investigated:

1. *Which problem characteristics contribute significantly to the selection of the care activity respondents consider appropriate?*
2. *Which combinations of care activities can be distinguished?*
3. *Which problem characteristics contribute significantly to the selection of combinations of care activities respondents consider appropriate?*
4. *To what degree do severity and complexity of the problem situation contribute significantly to the selection of combinations of care activities respondents consider appropriate?*
5. *To what degree do characteristics of the respondents (i.e. kind of employment, discipline, work experience and sector) contribute significantly to the selection of combinations of care activities they consider appropriate?*

For this investigation all Dutch institutes providing youth care (judicial care, welfare and mental health care) have been appealed to. The response rate was 61%, varying by youth care sector. The respondents were mainly social workers, psychologists, pedagogues and child and adolescent psychiatrists. Their average work experience was 13.9 years. The majority of the 270 respondents were employed as care givers, 36% (also) had managerial responsibilities.

Problem characteristics, severity and complexity of the problem situations and characteristics of the respondents were the independent variables in this investigation. The variables describing the care supply acted as the dependent variables. Each case judged by a respondent counted as a unit of analysis.

The first research question was about the relation between problem characteristics and care activities. To gain insight in the relations between all separate variables the association measure for nominal variables *phi* was used. For each care activity a logistic regression analysis was conducted, in which the influences of other problem characteristics on this care activity could be kept constant.

By and large, the logistic regression analyses yielded the same results as the nominal association did. Taking into account the influence of other problem characteristics on the care recommended strengthened some relations. Others were weakened.

When *physical problems* were present physical examination was considered appropriate. In the presence of severe physical problems assessment of functional development also was considered.

In the presence of severe *cognitive problems* the judges mainly decided psychiatric assessment was appropriate. Cognitive problems also made them consider medication and/or (play)psychotherapy as appropriate.

For severe *emotional problems*, the judges considered (play)psychotherapy as an appropriate treatment. They didn't mention advice to and counselling of teachers when confronted with these kinds of problems, nor did they mention assessment of cognitive functioning as appropriate when the child had minor or severe *emotional problems*.

The decision to allocate social skills training depended on the presence of *social problems*, but also on *leisure problems*. When minor social problems occurred, the judges considered behavioural correction and group therapy for these children or adolescents also to be appropriate.

When *school problems* were present, care aimed at (counselling) functioning at school was allocated.

The judges considered youth protection appropriate when *problems in the home environment* occurred.

According to the judges, advice would be more appropriate for 13- to 18-year-olds, and less for children under 13. For these younger children, behavioural observation and video home training was thought to be more appropriate than for children in the age bracket of 13 to 18.

For girls physical examination was chosen more often than for boys.

Princals and Principal Component analysis were used to reduce the large amount of care activities to thirteen combinations of care activities, referred to as care combinations (research question # 2). The identified care combinations are listed below:

1. School counselling
2. Behavioural counselling in upbringing
3. Assessment of functioning in different primary environments
4. (Medical) psychiatric care
5. Care related to functional development
6. Skills training
7. Protection
8. Family related care
9. Emotional-social care
10. Investigating the possibilities for out-of-home placement
11. Advising and counselling children and adolescents
12. (Play)psychotherapy
13. Therapeutic foster care

In order to answer research question # 3, each care combination has been described in terms of which problem characteristics governed the choices made. The predictive value of the problem characteristics wasn't very high for any of the care combinations. R^2 varied between .05 and .35. The decision on 'school counselling' ($R^2 = .35$) and 'care related to functional development' ($R^2 = .29$) could be best predicted by the problem characteristics. 'Behavioural counselling in upbringing' ($R^2 = .23$), '(medical) psychiatric care' ($R^2 = .22$), 'family related care' ($R^2 = .20$) and 'advising and counselling children and adolescents' ($R^2 = .23$) also were reasonably predictable on the basis of the problem characteristics. For the other care combinations the problem characteristics held little predictive value because they explained less than 20% of the variance.

Severity and complexity of the problem situations only played a marginal part in the decision on appropriate care. These variables only explained 2 to 13% of the variance of the care combinations. In addition to this answer on research question # 4 it was investigated which of the variables of severity and complexity and of the problem characteristics had the greatest influence on the decision made. The variables with an absolute weight of .20 or more in the analysis are summarized below.

Counselling at school was considered appropriate for severe problem situations, and also when the parents possessed sufficient parenting skills. If the child or adolescent did encounter multiple developmental problems, and certainly if it concerned emotional problems, school counselling was *not* mentioned. *Behavioural counselling in upbringing* was allocated to children of 0-12 years and/or in the presence of social problems. If a child or adolescent had many developmental problems, the judges did *not* mention such counselling as being appropriate.

It remained unclear for which problems the judges considered *assessment of functioning in different primary environments* appropriate. They did *not* mention this care combination when confronted with severe emotional problems of the child or adolescent.

(Medical) *psychiatric care* was allocated to children and adolescents with severe cognitive problems.

The judges allocated *care related to functional development* if severe physical problems of the child or adolescent were manifest.

Skills training was considered appropriate if the child and adolescent displayed social problems.

For severe problems in multiple primary environments, *protection* was allocated.

In choosing *family related care*, almost all problem characteristics played a role, but they carried little weight.

The most decisive factor for allocating *emotional-social care* was the severity of the problem situation. The weight of all significant problem characteristics was little.

Investigating the possibilities for out-of-home placement was considered appropriate if multiple problems in the home environment were present. The exact nature of the problems only played a marginal part.

Advising and counselling the judges considered appropriate for adolescents (i.e. 13- to 18-year-olds) and/or if relatively many problem characteristics occurred.

To the decision to allocate *(play)psychotherapy* almost all problem characteristics seemed to be important, but their weight was less than .20.

Therapeutic foster care was not mentioned if cognitive problems were present.

The outcomes for the individual care activities and the care combinations are of the same tenor. Which care was considered as appropriate could only reasonably be predicted for part of the care. Only a few problem characteristics carried any weight in the predictions. The relations found turned out to be partly self-evident. Other self-evident relations, however, have not been found. Family assessment or video home training was for instance not related to insufficient parental skills.

About half of the problem characteristics taken into account in this investigation proved to add little to the judgments made. This was the case for relational problems of the parents, the vulnerability of the child or adolescent, social support of significant others, the duration of the problems and previous contacts with professional youth care. This may imply that these problem characteristics did not determine the appropriateness of care, or that there was less agreement about the appropriate care in the presence of these particular problem characteristics.

In this study there were relatively few substantive relations ($\beta \geq .20$) found between problem characteristics and appropriate care. The weak relations can partly be attributed to the use of dummy variables, partly to a lack of agreement among the judges about the appropriateness of the care. Although often the same care activities or care combinations were *not* mentioned, there was only a slight agreement about the types of care the judges considered appropriate.

Research question # 5 was about the influence of characteristics of the professionals in youth care on the assessments they made. The respondents' characteristics were hardly important in relation to their judgments. The only remarkable outcome was that child and adolescent psychiatrists displayed a slight greater preference

for allocating (medical) psychiatric care than any of the other disciplines. Otherwise, neither kind of employment, discipline or work experience of the respondents, nor the sector in which they worked influenced their judgments about appropriate care.

Prior to conducting this investigation, it was expected that it would yield insight into which type of youth care is appropriate for which problems. This expectation was only partially realized. The presence of the problem characteristics only allowed a few predictions about the care the respondents would allocate. To explain the gap between expected results and actual outcome the elaboration of the research method was discussed. Some critical notes have been made regarding:

- the selection and/or substitution of the problem characteristics;
- the selection of the care activities;
- the amount of information presented in each case;
- the way of analysing;
- the presupposition underlying this investigation, i.e. that there is a one-to-one relationship between problems and appropriate care.

The first four subjects might have been approached in a more subtle way in this investigation. Then, in details the outcomes might better have met the expected results. However, the overall picture would not have been different. The degree of agreement among the respondents about the appropriate care would not have been much higher. The judges would not unanimously have allocated one particular type of care to a particular problem characteristic. For this reason the assumption, that for each problem there is one appropriate type of care, seems false. It is possible that several types of youth care can be appropriate to each problem. Conversely, one and the same type of care can be appropriate for several problems.

It seems justified to conclude that professionals in youth care have quite diverging opinions about the appropriateness of care. The general idea underlying the Dutch policy on youth care is, that if the decision making process is sufficiently structured, if professionals in youth care comply with all the rules and guidelines and collaborate with professionals from other institutes and other sectors, eventually the right decisions will be taken and the appropriate care allocated. However, even if professionals unanimously agree on the care to be provided, it still remains unclear if the care is appropriate to the situation, due to the lack of empirical proof. Agreement does not constitute proof of the truth.

Whichever youth care policies are adopted, it remains all-important that children and their parents receive the care they need. To determine if the provided care is appropriate to the problems the children and their parents face, certain standards are necessary. If these are missing, something must be done about it. In the long term, scientific research will yield insights into appropriate care for children and adolescents. Because embedding scientific knowledge in strict rules can lead to rigid decisions, caution should be exercised to avoid rigidity in assessment and care allocation. In the short term, more emphasis can be placed on the quality of the relationship between the client, i.e. the child or adolescent and his parents, and the professional in youth care.

Literatuurlijst

Achenbach, T.M. (1995). Developmental issues in assessment, taxonomy, and diagnosis of child and adolescent psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Volume 1: Theory and methods* (pp. 57-80). New York: John Wiley & Sons.

Aldrich, J.H., & Nelson, F.D. (1984). *Linear probability, logit, and probit models* (Sage University Paper series on Quantitative Applications in the social Sciences, series no. 07-45). Beverly Hills: Sage.

Alexander, C.S., & Becker, H.J. (1987). The use of vignettes in survey research. *Public Opinion Quarterly*, 93-104.

Allen, R.E. (1995). *Winnie-de-Poeh en Management. Waarin een Zeer Belangrijke Beer en zijn vrienden kennis maken met een Zeer Belangrijk Onderwerp.* (H. Bervoets, vert.) Den Haag: Uitgeverij Sirius en Siderius. (Oorspronkelijk gepubliceerd in 1994)

Arkes, H.R., Dawes, R.M., & Christensen, C. (1988). Factors influencing the use of a decision rule in a probabilistic task. In J. Dowie & A. Elstein (Eds.), *Professional judgment. A reader in clinical decision making* (pp. 163-180). Cambridge: University Press.

Aylward, G.P. (1992). The relationship between environmental risk and developmental outcome. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 222-229.

Ballard-Reisch, D.S. (1990). A model of participative decision making for physician-patient interaction. *Health Communication*, 2, 91-104.

Barker, Ph. (1988). The future of residential treatment for children. In C.E. Schaefer & A.J. Swanson (Eds.), *Children in residential care. Critical issues in treatment* (pp.1-16). New York: Van Nostrand Reinhold.

Barletta, R. (1991, august). An introduction to case-based reasoning. *AI Expert*, 43-49.

Bartels, A., & Heiner, H. (1994). De condities voor optimale ontwikkeling. Het belang van het kind in de hulpverlening, preventie en beleid. *Jeugd en Samenleving*, 25, 282-295.

Bellaart, H. B. (1997). *Transculturele toegang tot de jeugdzorg. Commentaar op het advies van de Projectgroep Toegang.* Rijswijk / Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Bende, R., & Plomin, R. (1995). Nature, nurture, and the development of psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Volume 1: Theory and methods* (pp. 291-314). New York: John Wiley & Sons.

Berben, E., Konijn, C., Verheij, F., & Donker, M. (1997a). *Recht van overpad. Onderzoek naar het domein van de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen en de grensvlakken met de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming.* Rotterdam: Erasmus Universiteit instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Sophia Kinderziekenhuis, afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie.

Berben, E., Konijn, C., Verheij, F., Donker, M., Steketee, M., Roede, E., & Savornin Lohman, J. de (1997b). *Grensvlakproblematiek in de jeugdzorg.* Amsterdam / Rotterdam: SCO/Kohnstamm Instituut / instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

Berg, M. (1996). Problemen en potenties van het protocol. De voorwaarden om protocollen positief in te zetten. *Medisch Contact*, 51, 366-369.

Bergh, P.M. van den (1991). *Beslist geïnformeerd... ?* Leuven, Apeldoorn: Garant.

Bertrand, R.M., Hermanns, J.M.A., & Leseman, P.P.M. (1998). Behoeftte aan opvoedingsondersteuning in Nederlandse, Marokkaanse en Turkse gezinnen met kinderen van 0-6 jaar. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 14, 50-71.

- Bird, H.R. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 35-49.
- Boendermaker, L. (1995). *Jongeren in justitiële behandelinrichtingen*. Gouda: Gouda Quint.
- Boendermaker, L. (1998a). *Eind goed, al goed? De leefsituatie van jongeren een jaar na vertrek uit een justitiële behandelinrichting*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum, Ministerie van Justitie.
- Boendermaker, L. (1998b). *Justitiële behandelinrichtingen voor jongeren. Populatie en werkwijze*. Leuven: Garant.
- Bomans, G. (1941). *Erik of het klein insectenboek*. Utrecht/ Antwerpen: Het Spectrum.
- Bonke, P., & Wilde, M. de (1997). Verbetering van de toegang tot de jeugdzorg. Inzicht in gecompliceerd proces. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 1 (2), 17-22.
- Bosma, M.W.M., & Hosman, C.M.H. (1990). *Preventie op waarde geschat. Een studie naar de beïnvloedbaarheid van determinanten van psychische gezondheid*. Nijmegen: Bureau Bêta.
- Brink, W.P. van den (1993). Beslissingsmodellen. In P. Koele & J. van der Pligt (red.), *Beslissen en beoordelen. Besliskunde in de psychologie* (pp. 68-95). Amsterdam, Meppel: Boom.
- Broers, E., Berben, E., Smit, F., & Lange, J. de (1998). *De RAND-methode. Een methode om de gepastheid van verpleegkundige interventies en het beslissingsproces in kaart te brengen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brook, R.H. (1994). The RAND/UCLA appropriateness method. In K.A. McCormick e.a. (red.), *Clinical practice guideline development methodology perspectives* (pp. 59-65) AHCPR Publication no. 95-00009.
- Bruyn, E.E.J. de (1988). Besluitvorming in de klinische psychodiagnostiek. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 43, 263-279.
- Bruyn, E.E.J. de, Pameyer, N.K., Ruijsenaars, A.J.J.M., & Aarle, E.J.M. van (1995). *Diagnostische besluitvorming. Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus*. Leuven: Acco.
- Buddingh', C. (1990). Pluk de dag. In C.J. Aarts & M.C. van Etten (red.), *Domweg gelukkig in de Dapperstraat. De bekendste gedichten uit de Nederlandse literatuur* (p. 225) (8e druk). Amsterdam: Ooievaar pockethouse. (Oorspronkelijk gepubliceerd in 1966)
- Cantwell, D.P. (1996). Classification of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 3-12.
- Carlier, E., Kousemaker, N.P.J., & Sigmond-de Bruin, E.M. (red.) (1989). *Diagnostiek in de hulpverlening. Model in de praktijk*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Carmichael Olson, H., Streisguth, A.P., Sampson, P.D., Barr, H.M., Bookstein, F.L., & Thiede, K. (1997). Association of prenatal alcohol exposure with behavioral and learning problems in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1187-1194.
- Casparie, A.F. (1996). The ambiguous relationship between practice variation and appropriateness of care: an agenda for further research. *Health Policy*, 35, 247-265.
- Chwalowski, M. (1997). Pareto's law: a key to profits. *Public Utilities Fortnightly*, 135 (7), 18-21.

Cicchetti, D., & Cohen, D.J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Volume 1: Theory and methods* (pp. 3-20). New York: John Wiley & Sons.

Clarizio, H.F. (1990). Assessing severity in behavior disorders: empirically based criteria. *Psychology in the schools*, 27, 5-15.

Cline, T. (1985). Clinical judgment in context: a review of situational factors in person perception during clinical interviews. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 369-380.

Commissie Harmonisatie van Normen (1991). *Harmonisatie van normen op het terrein van jeugdhulpverlening. Deel 3: eindadvies*. Den Haag: Commissie Harmonisatie van Normen.

Cooksey, R.W. (1996). *Judgment analysis. Theory, methods, and applications*. San Diego: Academic Press.

Corliss, D.A. (1995). A comprehensive model of clinical decision making. *Journal of American Optometric Association*, 66, 362-371.

Couturier, G. (1987). Het meewegen van protectieve factoren in de diagnostiek en de behandeling van jonge kinderen. In H. Groenendaal, R. Meijer, J.W. Veerman, J. De Wit (red.), *Protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten* (pp. 125-136). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Crijnen, A.A.M., Achenbach, T.M., & Verhulst, F.C. (1997). Comparison of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1269-1277.

Cummings, E.M. (1994). Marital conflict and children's functioning. *Social development*, 3, 16-36.

Dahlin, L., Cederblad, M., Antonovsky, A., & Hagnell, O. (1990). Childhood vulnerability and adult invincibility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 228-232.

Dam, K. van (1993). Beoordelingsprocessen: structuur- versus procesgericht onderzoek. In P. Koele & J. van der Pligt (red.), *Beslissen en beoordelen. Besliskunde in de psychologie* (pp. 159-180). Meppel: Boom.

Davis, H.R. (1978). Management of innovation and change in mental health services. *Hospital & Community Psychiatry*, 29, 649-658.

Dawes, R.M. (1988). You can't systematize human judgment: dyslexia. In J. Dowie & A. Elstein (Eds.), *Professional judgment. A reader in clinical decision making* (pp. 150-162). Cambridge: University Press.

DeMaris, A. (1992). *Logit modeling: Practical applications* (Sage University Paper series on Quantitative Applications in the social Sciences, series no. 07-86). Newbury Park: Sage.

Dickey, B., & Wagenaar, H. (1994). Evaluating mental health care reform: Including the clinician, client and family perspective. Commentary. *The Journal of Mental Health administration*, 21, 313-319.

Dijkman, T., & Terpstra, J. (1992). *Besluitvorming in de jeugdhulpverlening bij plaatsing in residentiële voorzieningen. Een onderzoek in het spanningsveld tussen substitutie en hulp op maat*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS) van de Stichting Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Donker, M. (1990). *Principes en praktijk van programma-evaluatie. Opzet en rendement in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

- Donker, M.H.C. (1996). Indicatiestelling in de care-sectoren. Kwaliteitsbevordering of kostenbeheersing? *Kwaliteit & Zorg*, 4, 159-166.
- Doreleijers, Th. A. H. (1995). *Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening*. Arnhem: Gouda Quint.
- Dowie, J., & Elstein, A. (Eds.) (1988). *Professional judgment. A reader in clinical decision making*. Cambridge: University Press.
- Dunteman, G.H. (1989). *Principal component analysis* (Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no. 07-69). Newbury Park: Sage.
- Eddy, D.M. (1988). Variations in physician practice: the role of uncertainty. In J. Dowie & A. Elstein (Eds.), *Professional judgment. A reader in clinical decision making* (pp. 45-59). Cambridge: University Press.
- Elstein, S.E., & Bordage, G. (1988). Psychology of clinical reasoning. In J. Dowie & A. Elstein (Eds.), *Professional judgment. A reader in clinical decision making* (pp. 109-129). Cambridge: University Press.
- Elstein, A.S., Shulman, L.S., & Sprafka, A.S. (1978). *Medical problem solving: An analysis of clinical reasoning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Engels, R.C.M.E., Knibbe, R.A., Drop, M.J., & Haan, Y.T. de (1996). Invloed en selectie in vriendschapsrelaties van adolescenten. Een longitudinale studie naar homogeniteit in rookgedrag. *Gedrag & Gezondheid*, 24, 257-268.
- Eppink, A. (red.) (1981). *Kind-zijn in twee culturen: jonge Marokkaanse en Turkse kinderen in Nederland*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Eraker, S.A., & Politser, P. (1988). How decisions are reached: Physician and patient. In J. Dowie & A. Elstein (Eds.), *Professional judgment. A reader in clinical decision making* (pp. 379-394). Cambridge: University Press.
- Esch, G. van, & Heideweller, M. (1991). *Jeugdbescherming in Noord-Brabant en Limburg. Samenvatting onderzoeksresultaten*. Nijmegen: Bureau Van Esch.
- Ezpeleta, L., Osa, N. De La, Doménech, J.M., Navarro, J.B., & Losilla, J.M. (1997). Diagnostic agreement between clinicians and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents - DICA-R- in an outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 431-440.
- Faas, M. (1996). Nationale diagnostiektteams in de jeugdzorg. Een inventarisatie van kansen en belemmeringen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 35, 384-395.
- Fergusson, D.M., & Lynskey, M.T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 281-292.
- Finch, J. (1987). Research Note. The vignette technique in survey research. *Sociology*, 21, 105-114.
- Fischhoff, B., & Beyth-Marom, R. (1988). Hypothesis evaluation from Bayesian perspective. In J. Dowie & A. Elstein (Eds.), *Professional judgment. A reader in clinical decision making* (pp. 323-348). Cambridge: University Press.
- Fraser, G.M., Pilpel, D., Kosecoff, J., & Brook, R.H. (1994). Effect of panel composition on appropriateness ratings. *International Journal for Quality in Health Care*, 6, 251-255.
- Gaag, N. van der (1993). Utiliteit. In P. Koele & J. van der Pligt (red.), *Beslissen en beoordelen. Besliskunde in de psychologie* (pp. 48-67). Amsterdam, Meppel: Boom.
- Gageldonk, A. van, & Bartels, A.A.J. (1991). Evaluatie-onderzoek in de jeugdhulpverlening. Opzet en resultaten van een overzichtsstudie. *Kind en Adolescent*, 12, 1-18.
- Gardner, M. (1997). Information retrieval for patient care. *British Medical Journal*, 314, 950-953.

Garmezy, N. (1985). Stress resistant children: The search for protective factors. In J. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology*. Oxford: Pergamon Press.

Garmezy, N. (1987). Stress-resistente kinderen: op zoek naar protectieve factoren. In H. Groenendaal, R. Meijer, J.W. Veerman, J. De Wit (red.), *Protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten* (pp. 17-39). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Garnefski, N., & Diekstra, R.F.W. (1996). Perceived social support from family, school and peers: Relationship with emotional and behavioral problems among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1657-1664.

Garralda, M.E. (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (1), 13-33.

Gemert, G.H. van, & Kooij, R. van der (1995). Doelgerichte diagnostiek. Hypothesen toetsen in een pedagogische context. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 11, 103-114.

Ghesquière, P. (1998). Behandeling in orthopedagogisch perspectief: enkele reflecties. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 14, 294-297.

Grizenko, N., & Fisher, C. (1992). Review of studies of risk and protective factors for psychopathology in children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 711-721.

Groenendaal, H., Meijer, R., Veerman, J.W., & Wit, J. de (red.) (1987). *Protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Groenendaal, J.H.A., & Tak, J.A. (1992). Het gebruik van onderzoeksmiddelen. In Th. Kievit, J. De Wit, J.H.A. Groenendaal & J.A. Tak (red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (pp. 15-39). (derde herziene en vermeerderde druk). Amersfoort: College uitgevers.

Grol, R.P.T.M. (1999). *Effectieve en doelmatige zorg. 'Feit of fantasie?'* (Oratie) Nijmegen, Katholieke Universiteit.

Haan, F. de (1996). *Wachttijdsproblematiek in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht: NZi.

Hamm, R.M. (1988). Clinical intuition and clinical analysis: expertise and the cognitive continuum. In J. Dowie & A. Elstein (Eds.), *Professional judgment. A reader in clinical decision making* (pp. 78-105). Cambridge: University Press.

Handboek kinderen en adolescenten (1986). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Harris, J.R. (1998). *The nurture assumption: why children turn out the way they do*. New York: The Free Press.

Hawkins, S.A., & Hastie, R. (1990). Hindsight: Biased judgments of past events after the outcomes are known. *Psychological Bulletin*, 107, 311-327.

Hellinckx, W., & Munter, A. de (1990). *Voorzieningen voor jongeren met psychosociale problemen. Onderzoek naar residentiële voorzieningen, diensten voor begeleid zelfstandig wonen en dagcentra*. Leuven/Amersfoort: Acco.

Hermanns, J.M.A. (1987). Risicofactoren in de ontwikkeling: de rol van de bijsturende omgeving. In H. Groenendaal, R. Meijer, J.W. Veerman & J. De Wit (red.), *Protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten* (pp. 107-116). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Heverley, M.A., Fitt, D.X., & Newman, F.L., (1984). Constructing case vignettes for evaluating clinical judgment: An empirical model. *Evaluation and Program Planning*, 7, 44-55.

Hoagwood, K., Jensen, P.S., Petti, Th., & Burns, B.J. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents: I. A comprehensive conceptual model. *Journal of*

the American Academy of Child And Adolescent Psychiatry, 35, 1055-1063.

Hogarth, R.M. (1980). *Judgment and choice: The psychology of decision*. New York: Wiley.

Indicatie Overleg Geestelijke Gezondheidszorg (1997). *Modelprocedure 'Indicatiestelling in de GGZ'*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Interdepartementale Werkgroep Residentiële Voorzieningen voor Jeugdigen (IWRV) (1984). *Eindrapport*. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Jackson, H., & Nuttall, R. (1994). Effects of gender, age, and history of abuse on social workers' judgments of sexual abuse allegations. *Social Work Research*, 18, 105-113.

Jansen, M.G.H., & Meier, W. (1991). Gaan psychologen, (ortho)pedagogen en onderwijskundigen in de leerlingbegeleiding verschillend te werk? *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 16, 160-168.

Jansen, M.G., Schüller, C.M.L., Oud, J.H.L., & Arends, C. (1995). Evaluatie-onderzoek in de residentiële jeugdhulpverlening. Gedragsveranderingen bij reguliere en voortijdige vertrekkers. *Kind en Adolescent*, 16, 211-227.

Janssens, J.M.A.M., Ploeg, J.D. van der, & Bruyn, E.E.J. de (1997). Diagnostiek tussen aanmelding en plaatsing. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 36 (12), 121-125.

Jenkins, J.M., & Smith, M. A. (1990). Factors protecting children living in disharmonious homes: Maternal reports. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 60-69.

Jensen, P.S., Hoagwood, K., & Petti, Th. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents: II. Literature review and application of a comprehensive model. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1064-1077.

Johnson-Laird, P.N., & Shafir, E. (1993a). The interaction between reasoning and decision making: an introduction. In P.N. Johnson-Laird & E. Shafir (Eds.), *Reasoning and decision making* (pp. 1-10). Amsterdam: Elsevier.

Johnson-Laird, P.N., & Shafir, E. (Eds.) (1993b). *Reasoning and decision making*. Amsterdam: Elsevier.

Jumelet, H., & Teunis, C. (red.) (1999). *Kwaliteit in uitvoering. Kwaliteitszorg in de jeugdzorg*. Utrecht, SWP.

Junger-Tas, J. (1997). *Jeugd en gezin II. Naar een effectief preventiebeleid*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Directoraat-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties.

Kaasenbrood, A. (1995). *Consensus als criterium. De ontwikkeling, de verspreiding, en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

Kassirer, J.P., Kuipers, B.J., & Gorry, G.A. (1988). Toward a theory of clinical expertise. In J. Dowie & A. Elstein (Eds.), *Professional judgment. A reader in clinical decision making* (pp. 212-225). Cambridge: University Press.

Katz, J. (1988). Why doctors don't disclose uncertainty. In J. Dowie & A. Elstein (Eds.), *Professional judgment. A reader in clinical decision making* (pp. 544-565). Cambridge: University Press.

Kazdin, A.E. (1993). Psychotherapy for children and adolescents. Current progress and future research directions. *American Psychologist*, 48, 644-657.

Kemp, R.A. de, & Acker, J.C.A. van (1997). Interactiepatronen van hulpverlener en ouder bij de gezinsbehandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 13, 343-359.

Kersten, T.C.M., Schippers, G.M., Broekman, T.G., Rijswijk, A.M., & Joosten, A. (1995). *Ontwikkeling en verbetering van indicatiestelling en verwijzing van cliënten met*

verslavingsproblematiek. Nijmegen: Bureau Bêta.

Kievit, C. J. (ongedateerd). *De Dikke Trom. De vijf volledige Dik Trom boeken in één*. Ridderkerk: Sanders.

Kievit, Th., & Tak, J.A. (1992). De praktijk van de hulpverlening en het gebruik van de regulatieve cyclus. In Th. Kievit, J. De Wit, J.H.A. Groenendaal, & J.A. Tak (red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (pp. 40-63). (derde herziene en vermeerderde druk). Amersfoort: College uitgevers.

Kievit, Th., Wit, J. de, Groenendaal, J.H.A., & Tak, J.A. (red.), (1992). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. (derde herziene en vermeerderde druk). Amersfoort: College uitgevers.

Kleinmuntz, B. (1990). Why we still use our heads instead of formulas: Toward an integrative approach. *Psychological Bulletin*, 107, 296-310.

Knorth, E.J. (1991). Besluitvorming over plaatsing en opname in de jeugdhulpverlening. *Jeugd en Samenleving*, 21, 619-629.

Knorth, E.J. (1995). Besluitvorming over tehuisplaatsing in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, 16, 64-87.

Knorth, E.J., & Dubbeldam, J.W.E. (1995). Plaatsing in de jeugdhulpverlening. Een onderzoek bij 119 adolescenten. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 34, 115-127.

Knorth, E.J., & Pijnenburg H.M. (1995). Besluitvorming in de jeugdzorg: een introductie. *Kind en Adolescent*, 16, 59-63.

Koele, P. (1993). Subjectieve waarschijnlijkheid. In P. Koele & J. van der Pligt (red.), *Beslissen en beoordelen. Besliskunde in de psychologie* (pp. 25-47). Amsterdam: Boom.

Koele, P., Beerends, H., & Goozen, S. van (1989). De statistische analyse van het psychiatrisch oordeel. *De Psycholoog*, 24, 8-11.

Koele, P., & Pligt, J. van der (red.) (1993). *Beslissen en beoordelen. Besliskunde in de psychologie*. Amsterdam: Boom.

Koele, P., & Westenberg, M.R.M. (1997). De psychodiagnosticus als hypothesetoetsers. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 52, 84-88.

Kohler, W. (1997, 11 oktober). Keiharde geneeskunde. Evidence based medicine verdeelt medische wereld. *NRC handelsblad*, 43.

Konijn, C., Ooyen-Houben, M. van, & Hull, H. (1996). *Kleine stapjes, grote valkuilen. Evaluatie van de pilotprojecten jeugdhulpverlening*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

Konijn, C., & Schuur, A. (1992). *Hoe uitzonderlijk is de Riagg-jeugdzorg. Een onderzoek naar problematiek van cliënten, hulpverlening en samenwerking*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

Kutash, K., & Rivera, V.R. (1995). Effectiveness of children's mental health services: A review of the literature. *Education and treatment of children*, 18 (4), 443-477.

Lagerweij, N.W., & Swanborn, P.G. (1997). Een instrument voor het meten van milieugedrag bij kinderen. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 13, 369-383.

Leeuwen, M. van (1997). Wetenschappelijk gefundeerde gezondheidszorg. Internationale conferentie en Cochrane Colloquium in Amsterdam. *Graadmeter*, 13 (6), 3-6.

Legrenzi, P., Girotto, V., & Johnson-Laird, P.N. (1993). Focussing in reasoning and decision making. In P.N. Johnson-Laird & E. Shafir (Eds.), *Reasoning and decision making* (pp. 37-66). Amsterdam: Elsevier.

Lemmens, F. (1996). *De Viersprong Indicatiestellings-Procedure. Eindrapport*. Utrecht: Trimbos-instituut/NcGv.

- Lubbe, H. van der (tekst), & Arzbach, N. (muziek) (1993). Als iedereen hetzelfde was (unplugged). Varagram, *Kinderen voor kinderen 14*. Hilversum: Biem/Stemra.
- Luthar, S.S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
- Mandel, D. R., Lehman, D.R., & Yuille, J.C. (1995). Reasoning about the removal of a child from home: A comparison of police officers and social workers. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 906-921.
- Martens, E., & Veenman, J. (1996). Inhalen en ingehaald worden in de opleidingsrace. In J. Veenman (red.), *Keren de kansen? De tweede generatie allochtonen in Nederland* (pp. 15-34). Assen: Van Gorcum.
- Masten, A.S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology. Volume 8* (pp. 1-52). New York: Plenum Press.
- Masten, A.S., Morison, P., Pellegrini, D., & Tellegen, A. (1990). Competence under stress: risk and protective factors. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 236-256). Cambridge: University Press.
- McDonnell, J., Meijler, P.M., Kahan, J.P., Bernstein, S.J., & Rigter, H. (1996). Panellist consistency in the assessment of medical appropriateness. *Health Policy*, 37, 139-152.
- Meddin, B.J. (1984). Criteria for placement decisions in protective services. *Child Welfare*, 58, 367-374.
- Meerling (1988). *Methoden en technieken van psychologisch onderzoek. Deel 2: Data-analyse en psychometrie*. Amsterdam, Meppel: Boom.
- Menard S. (1995). *Applied logistic regression analysis* (Sage University Paper series on Quantitative Applications in the social Sciences, series no. 07-10). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mesman Schultz, K., Gageldonk, A. van, & Messing, C.T.H.M. (1993). *Een toekomst voor jeugdhulpverlening. Verwachtingen over de hulpvraag van jeugdigen en aanbevelingen voor toekomstig beleid*. Leiden: DSWO Press, Rijksuniversiteit Leiden.
- Millham, S., Bullock, R., Hosie, K., & Haak, M. (1986). *Lost in care. The problems of maintaining links between children in care and their families*. Aldershot: Gower.
- Milne, A.A. (1958). *De wereld van Poeh* (M. Bouhuys, vert.). Amsterdam: Van Goor. (Oorspronkelijk gepubliceerd in 1926 en 1928)
- Montfoort, A. van (1995). Succesvol vernieuwen in de jeugdzorg door inhoudelijke kracht. Commentaar op KPMG-rapport over organisatie van de jeugdhulpverlening in Zuid-Holland. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 7 (1-2), I-VII.
- Montfoort, A. van (1999). Kasten vol criteria. Pleidooi voor een praktijk gestuurde kwaliteitszorg. In H. Jumelet & C. Teunis (red.). *Kwaliteit in uitvoering. Kwaliteitszorg in de jeugdzorg* (pp. 194-203). Utrecht: SWP.
- Moser, F. (1992). *Grenzen van de ambulante jeugdhulpverlening. Een exploratieve studie naar de samenhang tussen (client-, hulpverleners- en hulpverlenings-proces)kenmerken en vooruitgang*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.
- Murphy, K.R., Herr, B.M., Lockhart, M.C., & Maguire, E. (1986). Evaluating the performance of paper people. *Journal of Applied Psychology*, 71, 654-661.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1994a). *Indicatiestelling en zorg op maat. Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College van ziekenhuisvoorzieningen*. Zoetermeer: NRV.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1994b). *Jeugdigen met ernstige en meervoudige problemen. Advies over samenhangende zorg- en hulpverlening aan jeugdigen*. Zoetermeer: NRV.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1992). *Tussen straf en hulp. Advies over jeugdigen op de grens van jeugdbescherming, jeugdhulpverlening en geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer: NRV.

Nijenhuis, H. (1997, 13 maart). Aanpak van wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg. Regionale samenwerking, uniforme registratie en doelmatige organisatie nodig. *VWS-Bulletin*, 15-18.

Nijnatten, C.J.C.H. van (1986). *Moeder Justitia en haar kinderen: de ontwikkeling van het psycho-juridisch complex in de kinderbescherming*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Nisbett, R.E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know. Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 44, 231-259.

Nosanchuk, T.A. (1972). The vignette as an experimental approach to the study of social status: an exploratory study. *Social Science Research*, 1, 107-120.

Nota, P.H., Schaft, R.A. van der, & Yperen, T.A. van (1997). *Toegang tot de jeugdzorg. Functies en systeemeisen*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Nota, P.H., Schaft, R.A. van der, & Yperen, T.A. van (1999). *Eindadvies Toegang tot de jeugdzorg*. Rijswijk/ Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/ Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Olson, E.A. (1996). Evidence-based practice: A new approach to teaching the integration of research and practice in gerontology. *Educational gerontology*, 22, 523-537.

Ooyen-Houben, M. van (1991). *De ontwikkeling van jonge kinderen na een uithuisplaatsing*. Maastricht: Datawyse.

Ooyen-Houben, M. van, & Berben, E.G.M.J. (1988). Protectieve Factoren: een paradigmatische ommezwaai of nieuwe kleren van de keizer? *Justitiële Verkenningen*, 14 (8), 90-117.

Pearce, J. (1993). Identifying psychiatric disorders in children. In M.E. Garralda (Ed.), *Managing children with psychiatric problems* (pp. 3-14). London: BMJ.

Pelzer, H.J., Steerneman, W.J.P.J.M., & Bruyn, E.E.J. de (1994). De ernst van het probleemgedrag: een conceptuele verkenning. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 33, 380-393.

Pelzer, H.J., Steerneman, W.J.P.J.M., & Bruyn, E.E.J. de (1995). Beoordeling ernst problematiek bij kinderen en jeugdigen: een landelijke consensuslijst. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 34, 399-409.

Pelzer, H.J., Steerneman, W.J.P.J.M., & Bruyn, E.E.J. de (1997a). Geprotocolleerde diagnostiek in de RIAGG-jeugdzorg. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 36 (12), 81-90.

Pelzer, H.J., Steerneman, W.J.P.J.M., & Bruyn, E.E.J. de (1997b). Onderzoek naar validiteit Heerlense Ernst Taxatie Schaal (L-HETS) in de klinische praktijk. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 36, 72-77.

Pennington, N. (1981). *Causal reasoning and decision making: The case of juror decisions*. Thesis Harvard University.

Pennington, N., & Hastie, R. (1993). Reasoning in explanation-based decision making. In P.N. Johnson-Laird & E. Shafir (Eds.), *Reasoning and decision making* (pp. 123-165). Amsterdam: Elsevier.

Pijnenburg, H.C.E. (1997). *Consensus over psychiatrische problemen van het kind. Een empirisch onderzoek naar overeenstemming tussen hulpverlener en ouders*.

Amsterdam: VU Uitgeverij.

Pijnenburg, H.M., & Bruyn, E.E.J. de (1995). Psychodiagnostische besluitvorming in teamverband. *Kind en Adolescent*, 16, 88-110.

Plaats maken. Op weg naar goede jeugdzorg (1994). Rapport van de task force doelmatigheid, effectiviteit en financiering jeugdhulpverlening. Rijswijk: Directie Jeugdbeleid, Ministerie van WVC.

Ploeg, J.D. van der, & Bergh, P.M. van den (red.) (1987). *Besluitvorming en jeugdhulpverlening*. Leuven/ Amersfoort: Acco.

Ploeg, J.D. van der (1990). *Gedragsproblemen, ontwikkelingen en risico's*. Rotterdam: Lemniscaat.

Ploeg, J.D. van der (1997). Tehuisopnamen: nog steeds kunst en vliegwerk. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 36 (12), 51-66.

Ploeg, J.D. van der, Janssens, J.M.A.M., & Bruyn, E.E.J. de (red.) (1997). Diagnostiek in de jeugdzorg. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 36 (12), 1-125.

Ploeg, J.D. van der, & Scholte, E.M. (1995). Andere wegen in de diagnostiek en behandeling binnen de jeugdhulpverlening. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 11, 86-102.

Reeuwijk, P.M.C., & Berben, E.G.M.J. (1988). *Vrijwillige pleegzorg. Een kwantitatieve analyse*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Regeringsstandpunt met betrekking tot programmatische jeugdzorg, DJB/JHV-97.3497, brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, d.d. 30 september 1997.

Regie in de jeugdzorg. Standpunt van de Ministers van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en Justitie (1994). Rijswijk: Centrale Directie Voorlichting, Ministerie van WVC.

Resnick, G., & Burt, M.R. (1996). Youth at risk: definitions and implications for service delivery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (2), 172-188.

Ridder, D. de (1991). *De klinische rationaliteit: diagnostische redeneringen en therapiekeuzes in het Amsterdams Instituut voor Medische Psychotherapie, 1968-1977*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

Ridder, D. de (1992). Beslissingsondersteuning bij klinische beoordelingen. *De Psycholoog*, 27, 105-110.

Rigter, H. (1994). Passend gebruik van het begrip 'gepast' in discussies over gezondheidszorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 4-7.

Rispens, J. (1995). Besluitvorming en professionele hulpverlening: enkele kanttekeningen. *Kind en Adolescent*, 16, 145-151.

Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., & Weintraub, S. (Eds.) (1990). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: University press.

Rossi, P.H., & Anderson, A.B. (1982). The factorial survey approach. An introduction. In P.H. Rossi & S.L. Nock (Eds.), *Social judgment. The factorial survey approach* (pp. 15-68). Beverley Hills: Sage Publications.

Rossi, P.H., Simpson, J.E., & Miller, J.L. (1985). Beyond crime seriousness: Fitting the punishment to the crime. *Journal of Quantitative Criminology*, 1, 59-90.

Rost, D.H., & Schilling, S. (1997). Mooi en goed? Psychologische en pedagogische aspecten van aantrekkelijkheid bij kinderen. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 13, 332-342.

Rothbaum, F., & Weisz, J.R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in non-clinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 55-74.

Ruijsenaars, A.J.J.M. (1995). Behandeling in de orthopedagogiek: kiezen en delen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 34, 163-178.

Rutter, M. (1975). *Helping Troubled children*. Penquin Books, 1975.

Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In R. Whalen (Ed.), *Social competence in children*. New Hampshire: University Press of New England.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity, protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British journal of psychiatry*, 147, 598-611.

Rutter, M. (1989). Isle of Whight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: University Press.

Ruyter, D. de (1999). Hulpverleningsplannen; niet in de kast, maar op de vloer. In H. Jumelet & C. Teunis (red.). *Kwaliteit in uitvoering. Kwaliteitszorg in de jeugdzorg* (pp. 149-160). Utrecht: SWP.

Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. (1997). *Evidence-based medicine. How to practice & teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.

Sameroff, A.J., & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In E.M. Hetherington e.a. (Eds), *Review of child development research, volume IV* (pp. 187-243). Chicago: University Press.

Schie, E.C.M. van (1993). Heuristieken en probleempresentatie. In P. Koele & J. van der Pligt (red.), *Beslissen en beoordelen. Besliskunde in de psychologie* (pp. 123-155). Amsterdam: Boom.

Schmidt, A.M.G. (1987). *Ziezo. De 347 kinderversjes*. Amsterdam: Querido.

Scholte, E.M. (1997). Exploration of criteria for residential and foster care. *Journal for Child Psychology and Psychiatry*, 38, 657-666.

Scholte, E.M., Messing, C.T.H.M., Nijkerk, J.H., & Ploeg, J.D. van der (1992). *Probleemgedrag en interventie. Adviesbureau, (gezins)voogdij en Riagg-jeugdafdeling onderzocht*. Leiden: DSWO Press.

Shapira, M., & Benbenishty, R. (1993). Modeling judgments and decisions in cases of alleged child abuse and neglect. *Social Work Research & Abstracts*, 29 (2), 14-19.

Shavelson, R.J. (1988). Contributions of educational research to policy and practice: Constructing, challenging, changing cognition. *Educational Researcher*, 17(7), 4-11.

Shirk, S.R., & Saiz, C.C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4, 713-728.

Spaans, E.C., Berben, E.G.M.J., & Reeuwijk, P.M.C. (1989). *Vrijwillige pleegzorg, ervaringen van pleegouders, pleegkinderen en ouders van pleegkinderen*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Spiers, W. (1999). Niet de aankomst maar de reis. Methodiekontwikkeling en implementatie als onderdeel van kwaliteitszorg. In H. Jumelet & C. Teunis (red.). *Kwaliteit in uitvoering. Kwaliteitszorg in de jeugdzorg* (pp. 85-98). Utrecht: SWP.

Stapel, D., & Spears, R. (1996). Event accessibility and context effects in causal judgments of a different order. *Personality and social psychology Bulletin*, 22, 979-992.

Steenman, W.J.P.J.M., Pelzer, H.J., & Bruyn, E.J.J. de (1993). Van impliciete kennis naar expliciete criteria: De Heerlense Ernst Taxatie Schaal (HETS). *Tijdschrift voor*

Orthopedagogiek, 32, 444-454.

Steerneman, W.J.P.J.M., Pelzer, H.J., & Bruyn, E.J.J. de (1997). Ernst-taxatie in de klinische praktijk van de Riagg-jeugdzorg: Onderzoek naar de bruikbaarheid van de Heerlense Ernst Taxatie Schaal (L-HETS). *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 36, 401-406.

Steinhausen, H.-Ch. (1995). Children of alcoholic parents. A review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 4, 143-152.

Steinhausen, H.-Ch. (1997). Child and adolescent psychiatric disorders in a public service over seventy years. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 6, 42-48.

Steketee, M., Roede, E., & Savornin Lohman, J. de (1997). *Op het scherp van de snede. Een onderzoek naar de grensvlakproblematiek in de jeugdzorg*. Amsterdam: SCO Kohnstamm Instituut, Universiteit van Amsterdam.

Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Second edition. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Strijker, P. (1995). *Dagpleegzorg. Methoden van beïnvloeding en risicovariabelen*. Groningen: Stichting Kinderstudies.

Strijker, P., & Zandberg, Tj. (1995). De plaatsing van kinderen in dagpleeggezinnen: random of rationeel? *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 11, 182-190.

Strijker, P., & Zandberg, Tj. (1997). Kwaliteitsverbetering in de pleegzorg vanuit een beslistkundig pedagogisch perspectief. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 13, 21-33.

Sullivan, F.M., & McNaughton, R.J. (1996). Evidence in consultations: interpreted and individualised. *Lancet*, 348, 941-943.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.

Timmermans, D. (1993). Rationaliteit en medische beslissingen. Een psychologische analyse. *Gedrag en Gezondheid*, 21, 207-218.

Van Dale (1995). *Groot woordenboek der Nederlandse taal*. Utrecht: Van Dale lexicografie.

Veerman, J.W. (1992). De verdere ontwikkeling van klinisch behandelde kinderen. Een overzicht van prognostische factoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 709-722.

Veerman, J.W. (1997). *Meten en weten in de jeugdzorg* (inaugurale rede). Nijmegen: Katholieke Universiteit.

Veerman, J.W., & Treffers, Ph.D.A. (1986). Evaluatie van de jeugdhulpverlening. Een introductie. *Kind en Adolescent*, 7, 113-119.

Verheij, F. (1993). *Behandelingsplanning in de jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ en het speciaal onderwijs*. Utrecht: SWP.

Verheij, F. (1998). *Behandelingsplanning in de jeugdzorg en het speciaal onderwijs*. Utrecht: SWP.

Verhulst, F.C. (1992). Principes van kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek. In F.C. Verhulst & F. Verheij (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie II. Onderzoek en diagnostiek* (pp. 3-60). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Verhulst, F.C. (1996). Hoe slecht gaat het met onze kinderen? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 2384-2387.

Verhulst, F.C., Dekker, M.C., & Ende, J. van der (1997). Parent, teacher and self-reports as predictors of signs of disturbance in adolescents: whose information carries the most weight? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96 (7), 75-81.

Verhulst, F.C., & Ende, J. van der (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 901-909.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der, Ferdinand, R.F., & Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Rietbergen, A. (1997). Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 7-13.

Verhulst, F.C., & Koot, H.M. (1992). *Child psychiatric epidemiology. Concepts, methods, and findings*. London: Sage Publications.

Verhulst, F.C., & Verheij, F. (red.) (1992). *Kinder- en jeugdpsychiatrie II. Onderzoek en diagnostiek*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Vlek, C. (1987). Psychologische beslissondersteuning. Tussen wetenschapswetenschap en professionele beslissingsondersteuning. *De Psycholoog*, 22, 73-86.

Vlek, C.A.J., & Wagenaar, W.A. (1976). Oordelen en beslissen in onzekerheid. In J.A. Michon, E.G. Eykman & L.F.W. de Klerk (red.), *Handboek der psychonomie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Vreeke, G.J. (1997). Gedragsgenetische perspectieven op opvoeding en ontwikkeling. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 13, 3-20.

Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening/ RVZ (1996). *Programmatie jeugdzorg*. Zoetermeer: RVZ.

Vriens, M. (1992, november). Toepassing van conjunct marketingproblemen. *Tijdschrift voor Marketing*, 52-59.

Vriens, M. (1994). Solving marketing problems with conjoint analysis. *Journal of Marketing Management*, 10, 37-55.

Vuyk, R. (1987). *Opgroeien onder moeilijke gezinsomstandigheden*. Amersfoort/Leuven: Acco.

Wagenaar, W.A. (1987). Logisch voorwaarts en intelligent achterwaarts. Modellen voor het stellen van diagnoses in de hulpverlening. In J.D. van der Ploeg & P.M. van den Bergh (red.), *Besluitvorming en jeugdhulpverlening* (pp. 9-18). Leuven / Amersfoort: Acco.

Wagenaar, W. (1995). *De diagnostische waarde van bewijsmiddelen*. Mededelingen van de Afdeling letterkunde, Nieuwe reeks, deel 58 no 3. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen.

Weinberg, N.Z. (1997). Cognitive and behavioral deficits associated with parental alcohol use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1177-1186.

Weis, M., & Hickman, T. (1998). *De erfenis van het doodszwaard* (E. van Gelder, vert.). Amsterdam: Luitingh-Sijthoff. (Oorspronkelijk gepubliceerd in 1997)

Werkgroep Corona (1997). *Forensische diagnostiek, een zorg voor de jeugdzorg. Alternatieven voor de samenwerkings- en afstemmingsproblemen tussen de jeugd-ggz en de jeugdbescherming*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Werkgroep Zorgprogrammering (1997). *Plan van aanpak. Regeringsstandpunt*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Werner, E.E., & Smith, R.S. (1977). *Kauai's children come of age*. Honolulu: University Press.

Westenberg, M.R.M. (1993). Beslissingsondersteuning. In P. Koele & J. van der Pligt (red.), *Beslissen en beoordelen. Besliskunde in de psychologie* (pp. 319-345). Amsterdam: Boom.

Westenberg, M.R.M., & Koele, P. (1993). Klinische besliskunde. In P. Koele & J. van der Pligt (red.), *Beslissen en beoordelen. Besliskunde in de psychologie* (pp. 346-373). Amsterdam: Boom.

Wighton, R.S., Hoellerich, V., & Patil, K.D. (1988). How physicians use clinical information in diagnosing pulmonary embolism: An application of conjoint analysis. In J. Dowie & A. Elstein (Eds.), *Professional judgment. A reader in clinical decision making* (pp. 130-149). Cambridge: University Press.

Wilt, H. van der, Bosman, F., Gelderen, A. van, & Riepema, A. (red.) (1994). *Gids geestelijke gezondheidszorg 1994-1995*. Utrecht/Houten: NcGv/Bohn Stafleu Van Loghum.

Wit, J. de, & Tak, J.A. (1992). Theoretische achtergronden van klinische diagnostiek. In Th. Kievit, J. De Wit, J.H.A. Groenendaal & J.A. Tak (red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (pp. 15-39). (derde herziene en vermeerderde druk). Amersfoort: College uitgevers.

Wolf, J.C. van der (1998). *Stresstheoretische aspecten van de orthopedagogiek*. (oratie) Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Yperen, T.A. van (1997). Bureaus Jeugdzorg in wording. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 36 (12), 101-114.

Yperen, T.A. van, & Geffen, L. van (1997). *Screening, diagnostiek en indicatiestelling. Toegang tot de jeugdzorg*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Yperen, T.A. van, Nota, P.H., & Schaft, R.A. van der (1999). *Zorgtoewijzing. Knooppunt vraag en aanbod jeugdzorg*. Rijswijk /Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/ Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Yperen, T.A. van, & Rest, E. van (red.) (1998). *Voortbouwen aan programma's in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW/GGZN.

Bijlage 1: Vragenlijst vignetten-onderzoek

Casus: naam

I Welke zorg vindt u noodzakelijk voor deze jeugdige?

Kruis alleen die vormen van zorg aan die u voor deze jeugdige strikt noodzakelijk acht.

verder diagnostisch onderzoek:

- ☐ 1. lichamelijk (medisch) onderzoek
- ☐ 2. lichamelijk functiegericht (paramedisch) onderzoek
- ☐ 3. psychologisch onderzoek van cognitief functioneren
- ☐ 4. psychologisch onderzoek van emotioneel-sociaal functioneren
- ☐ 5. onderzoek naar functioneren op school
- ☐ 6. onderzoek naar functioneren in vrije tijd
- ☐ 7. gedragsobservatie
- ☐ 8. gezinstaxatie
- ☐ 9. psychiatrisch onderzoek
- ☐ 10. ander onderzoek, nl.

advisering:

- ☐ 11. advisering aan jeugdige
- ☐ 12. advisering aan ouders, verzorgers (bij de opvoeding)
- ☐ 13. advisering aan de leerkracht van de jeugdige op (externe) school
- ☐ 14. advisering aan anderen, nl.

begeleiding:

- ☐ 15. ouderbegeleiding (bij de opvoeding)
- ☐ 16. begeleiding van pleegouders
- ☐ 17. begeleiding van groepsleiding
- ☐ 18. begeleiding van leerkracht
- ☐ 19. training sociale vaardigheden
- ☐ 20. training schoolvaardigheden
- ☐ 21. training van algemene beroepsvaardigheden
- ☐ 22. begeleiding vrijetijdsbesteding
- ☐ 23. begeleiding zelfstandig wonen
- ☐ 24. andere begeleiding, nl.

behandeling:

- ☐ 25. medicatie
- ☐ 26. gedragscorrectie (token economy)
- ☐ 27. gedragstherapie
- ☐ 28. (spel)psychotherapie met jeugdigen
- ☐ 29. gezins(psycho)therapie
- ☐ 30. groepstherapie met ouders
- ☐ 31. groepstherapie met jeugdigen
- ☐ 32. video-hometraining
- ☐ 33. therapeutische gezinsverzorging
- ☐ 34. remedial teaching
- ☐ 35. educatieve therapie
- ☐ 36. creatieve therapie
- ☐ 37. muziektherapie
- ☐ 38. dramatherapie
- ☐ 39. bewegingstherapie
- ☐ 40. fysiotherapie
- ☐ 41. ergotherapie
- ☐ 42. logopedie
- ☐ 43. andere behandeling, nl.

verblijf:

- ☐ 44. opvoeding en verzorging
- ☐ 45. straf
- ☐ 46. bescherming van de jeugdige
- ☐ 47. bescherming van het gezin
- ☐ 48. bescherming van de maatschappij
- ☐ 49. andere vormen van verblijf, nl.

II Welke discipline(s) moet(en) de onder I aangekruiste zorg verstrekken?

Kruis alleen die discipline(s) aan, die u verantwoordelijk acht voor de vormen van zorg die u onder I (diagnostisch onderzoek, advisering, begeleiding, behandeling en verblijf) heeft aangekruist.

- ☐ 1. (kinder)arts / neuroloog
- ☐ 2. (kinder- en jeugd)psychiater
- ☐ 3. psycholoog
- ☐ 4. orthopedagoog
- ☐ 5. psychotherapeut
- ☐ 6. gezinstherapeut
- ☐ 7. maatschappelijk werker
- ☐ 8. sociaal-psychiatrische verpleegkundige
- ☐ 9. groepsleiding, sociaal-pedagogisch hulpverlener
- ☐ 10. remedial teacher, educatief therapeut
- ☐ 11. vaktherapeut (bewegings-, drama-, creatief, muziektherapeut)
- ☐ 12. functiegericht therapeut (fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist)
- ☐ 13. kinderrechter
- ☐ 14. (gezins)voogd
- ☐ 15. anders, namelijk

III Dient de hulp in een gedwongen kader of op vrijwillige basis verleend te worden?

- ☐ 1. gedwongen kader
- ☐ 2. vrijwillige basis
- ☐ 3. onbekend

IV Hoe intensief zal de hulp moeten zijn?

- ☐ 1. minder dan één uur per week (incidenteel)
- ☐ 2. één of enkele uren per week
- ☐ 3. dagdeel
- ☐ 4. overdag
- ☐ 5. dag en nacht
- ☐ 6. zeer intensieve (dag- en nacht-) zorg: één hulpverlener op één jeugdige
- ☐ 7. onbekend

V Hoelang, schat u, dat de totale hulp zal duren?

- ☐ 1. korter dan een maand (inclusief eenmalig contact)
- ☐ 2. een maand tot drie maanden
- ☐ 3. drie maanden tot een jaar
- ☐ 4. langer dan een jaar
- ☐ 5. onbekend

VI Op welke lokatie dient de hulp verleend te worden?

- ☐ 1. bij de (ambulante) hulpverleningsinstelling
- ☐ 2. buiten de hulpverleningsinstelling naar de cliënt gebracht (thuis, school, op straat)
- ☐ 3. intern geleverd (residentieel)
- ☐ 4. onbekend

VII Bij welke soort voorziening zou u deze jeugdige het liefst aanmelden?

Bijlage I bevat een lijst van allerlei typen instellingen binnen de jeugdzorg. Geef het nummer van het type instelling aan, waarbij u de jeugdige bij voorkeur zou willen aanmelden. De keuze staat los van de praktische mogelijkheden of onmogelijkheden, zoals wachtlijst, afstand, aanwezigheid van bepaalde persoon.

.....

.....

VIII In hoeverre speelt de aan- of afwezigheid van de volgende factoren een rol bij de keuze van de voorziening?

In de tabel op de volgende pagina staan 14 factoren vermeld die een rol kunnen spelen bij de keuze voor een bepaald type voorziening. Geef in de tabel voor elke factor afzonderlijk aan hoe belangrijk deze is geweest in uw keuze voor deze jeugdige (VII). Kruis hiertoe per factor de kolom van het cijfer met de betekenis van uw keuze aan. De mogelijke antwoorden variëren van 1 tot 9 met de volgende betekenis:

- 1. De aan- of afwezigheid van de factor speelt helemaal geen rol in de beslissing
- 5. De aan- of afwezigheid van de factor speelt geen kleine, maar ook geen grote rol in de beslissing.
- 9. De aan- of afwezigheid van de factor speelt een heel grote rol in de beslissing.

Factor	Belang van de factor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. lichamelijke problemen van jeugdige									
2. cognitieve problemen van jeugdige									
3. emotionele problemen van jeugdige									
4. sociale problemen van jeugdige									
5. schoolproblemen van jeugdige									
6. vrijetijdsproblemen van jeugdige									
7. individuele problemen van de ouders									
8. relatieproblemen tussen de ouders									
9. relatieproblemen ouder(s) en jeugdige									
10. opvoedingscapaciteiten van de ouders									
11. kwetsbaarheid van jeugdige									
12. steun van "belangrijke anderen"									
13. duur van de problematiek									
14. eerder contact met de hulpverlening									

¹ d.w.z. andere personen dan de ouders, en wel personen die voor het kind of de jongere een belangrijke rol in zijn of haar leven vervullen

IX Algemene vragen

Wilt u tot slot nog de volgende algemene vragen beantwoorden.

1. a. In welke instelling werkt u? (naam, type instelling)

.....
b. Op welke afdeling/in welke sector bent u werkzaam?

.....
c. Is dit een ambulante, semi-residentiële of een residentiële instelling?

- ☐ 1. ambulant
☐ 2. semi-residentieel
☐ 3. residentieel

2. Welke functie heeft u binnen de instelling?

.....

3. Tot welke discipline hoort u?

- ☐ 1. (kinder)arts / neuroloog
☐ 2. (kinder- en jeugd)psychiater
☐ 3. psycholoog
☐ 4. orthopedagoog
☐ 5. psychotherapeut
☐ 6. gezinstherapeut
☐ 7. maatschappelijk werker
☐ 8. sociaal-psychiatrische verpleegkundige
☐ 9. groepsleiding, sociaal-pedagogisch hulpverlener
☐ 10. remedial teacher, educatief therapeut
☐ 11. vaktherapeut (bewegings-, drama-, creatief, muziektherapeut)
☐ 12. functiegericht therapeut (fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist)
☐ 13. kinderrechter
☐ 14. (gezins)voogd
☐ 15. anders, namelijk

4. Hoelang werkt u reeds binnen de jeugdhulpverlening (aantal jaren)?

..... jaren

Vriendelijk bedankt voor het beantwoorden van de vragen.

Wilt u de vragenlijst nu in de bijgevoegde antwoortenvelop aan ons retourneren.

Lijst van typen hulpverleningsinstellingen t.b.v. vraag VII (bijlage bij de vragenlijst)

Ambulante instellingen:

1. Adviesbureau
2. Alternatieve jeugdhulpverlening
3. Centrale voor pleegzorg
4. Consultatiebureau voor alcohol en drugs
5. (Gezins)voogdij-instelling
6. Raad voor de Kinderbescherming
7. RIAGG
8. Jeugdpsychiatrische dienst
9. Schoolbegeleidingsdienst
10. Sociaal-pedagogische dienst
11. Sociaal-psychiatrische dienst
12. Andere ambulante hulpverleningsinstelling, namelijk

Semi-residentiële voorzieningen:

13. Boddaertcentrum
14. Crisiscentrum
15. Dagverblijf
16. Dagverblijf voor gehandicapte kinderen
17. Polikliniek Kinder- en Jeugdpsychiatrie
18. Medisch kleuterdagverblijf
19. Pedologisch Instituut
20. Andere semi-residentiële hulpverleningsinstelling, namelijk

Residentiële voorzieningen:

21. Begeleide kamerbewoning
22. Behandelingshuis
23. B.J. Centra voor jeugdhulpverlening
24. Debieleninternaat
25. Tehuis voor deiele werkende jeugd
26. Centrum voor hulp aan druggebruikers
27. Tehuis voor geestelijk gehandicapte kinderen
28. Gezinshuis
29. Kindergezinsvervangend tehuis
30. (Kinder)ziekenhuis
31. Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek
32. Tehuis voor lichamelijk gehandicapte kinderen
33. Medisch kindertehuis
34. Tehuis voor normale kinderen
35. Observatiekliniek
36. Observatietehuis
37. Opvanghuis
38. Orthopedagogisch Instituut
39. Pensionatehuis
40. Revalidatieinrichting voor kinderen
41. Rijksinrichting
42. Short-stay home
43. Schoolinternaat
44. Therapeutische gezinsverpleging
45. Vakinternaat
46. Tehuis voor werkende jeugd
47. Inrichting voor zintuiglijk gehandicapte kinderen
48. Zwakzinnigeninrichting
49. Tehuis voor Zeer Intensieve Behandeling
50. Andere residentiële hulpverleningsinstelling, namelijk

Bijlage 2: Casussen

Casus 1

Bas van 12 jaar is al een half jaar niet meer naar school geweest. Een half jaar geleden zijn zijn ouders gescheiden. Ze hebben echter nog steeds regelmatig ruzie met elkaar. Hij woont bij zijn moeder op een kleine flat. Bas slaapt bij moeder op de slaapkamer. Sinds de scheiding zit hij hele dagen alleen thuis, zich bezig houdend met het aquarium. Zijn moeder werkt nu 's avonds in de prostitutie; overdag komt ze pas laat thuis en gaat dan direct door naar bed om te slapen. Moeder doet weinig moeite om Bas het huis uit te krijgen. Bas reageert met woede en paniek als moeder zelfs maar oppert hem naar school te willen laten gaan. Met andere mensen heeft hij nauwelijks contact. Als er mensen bij zijn moeder langs komen en hem aanspreken, dan zegt hij vrijwel niets.

Casus 2

Jeroen, 14 jaar, wordt in allerijl opgenomen op de afdeling kindergeneeskunde met acute verschijnselen als kramp en dwangstand van het hoofd en hij kan opeens niet meer spreken. Deze zijn het gevolg van neuroleptica die hij twee dagen daarvoor heeft gekregen in verband met zijn plotseling ontstane psychotische toestand. Na het staken van de medicatie en sedering verbetert zijn toestand snel.

Enkele maanden geleden hebben kort achter elkaar in het gezin de volgende gebeurtenissen plaatsgevonden: opname en knieoperatie van vader, gevolgd door een ziekenhuisopname van Jeroens broertje in verband met een urineweginfectie en ziekenhuisopname van Jeroens grootvader op wie hij erg gesteld is en die ongeveer een week later overlijdt. Deze grootvader woonde twee huizen verderop en Jeroen bezocht hem regelmatig.

De dag na het overlijden ontwikkelt Jeroen een aantal symptomen. Hij wordt steeds angstiger en hallucineert lijkwagens en doodskisten. Hij wil met opa sterven en met opa meegaan. Symbolisch doodt hij zichzelf met een speelgoedrevolver. Hij ziet de huisarts aan voor zijn grootvader. Hij is heel druk bezig met het overlijden van zijn grootvader. Zijn ouders hebben op dat moment genoeg aan hun eigen leed en zien zijn verdriet niet. Jeroen zoekt troost bij zijn tante, die uiteindelijk met hem naar de huisarts gaat. Om zijn angst te dempen krijgt hij antipsychotische medicatie die de bijwerkingen veroorzaakt waarvoor hij wordt opgenomen.

Casus 3

Als Paul 6 jaar is, krijgt hij last van migraine en van zijn linkerhand die heftig begint te trillen tot beven toe. Enkele maanden later begint ook zijn linkerbeen te trillen en gaat hij moeilijker lopen. Het schrijven wat hij rechts doet, gaat achteruit. Op school wordt zijn werktempo trager. Hij is snel uit zijn doen en wordt ook sneller moe. Hij speelt daarom ook minder op straat met vrienden. Af en toe klaagt hij over duizeligheid. 's Nachts heeft hij ook regelmatig hoofdpijn, die vanuit de nek opkomt. Hij huult dan erg hard, vooral als hij onrustig is door piekeren. Bij de hoofdpijn is hij ook wel misselijk en toont daarbij braakneigingen. Ondanks zijn onrust weet hij zichzelf tot rust te brengen en in slaap te vallen. De door de huisarts voorgeschreven kalmerende medicijnen helpen weinig. Paul is altijd een rustige jongen geweest. Zijn ouders weten niet hoe ze nu met zijn plotse onrust en klachten om moeten gaan.

Casus 4

Frances is 8 jaar en zit in groep 4 van de basisschool. Ze droomt vaak dat er vissen in haar kamer komen. Sinds haar derde jaar heeft ze last van nachtmerries. Moeder heeft hele nachten met haar opgezeten. Toen ze drie was heeft ze zes weken lang nauwelijks geslapen.

Frances is bij tijd en wijle onhandelbaar thuis en hangt erg aan moeder. Ze kan wel meekomen op school, maar ze gaat met tegenzin en heeft vaak buikpijn. Frances eist haar moeder helemaal op; ze hangt als een blok aan moeders been. Ze kan er niet tegen als ze geen aandacht krijgt; wat ze niet goedschiks krijgt probeert ze kwaadschiks te krijgen via driftig eisen en commanderen. Moeder krijgt het benauwd van die extreem grote vraag om aandacht en duwt haar letterlijk van zich af. Als moeder kwaad wordt, reageert Frances met: 'je houdt niet meer van me.' Vaak vlucht Frances dan naar de moeder van een vriendinnetje, die ze uitgebreid haar beklag doet. Ook hiermee heeft moeder moeite.

Casus 5

Erica is 12 jaar en zit op een MLK-school. Op school maakt men zich zorgen, omdat haar leerprestaties sinds een half jaar sterk achteruit gaan en zij een erg sombere, angstige en onzekere indruk maakt. Zij heeft grote moeite om zich te concentreren.

De ouders hebben in het verleden al eens contact gehad met de schoolbegeleidingsdienst en hebben ook al eens gezinstherapie gehad. Ze kunnen Erica's problemen goed aan, maar ze zijn het wel eens met school, dat het de laatste tijd minder goed gaat met hun dochter en dat er iets moet gebeuren. Erica is 'depressief', 'heeft nergens zin' en kan ook niet vertellen wat haar dwars zit; zij lijkt onbereikbaar. Erica die vroeger vrij en spontaan was, is nooit meer vrolijk. Als zij thuiskomt uit school, is zij agressief. Zij klaagt bovendien vaak over hoofdpijn en oorpijn.

Casus 6

Daniël, 11 jaar, bezoekt een ZMOK-school. Op school kost het hem moeite om zijn aandacht bij de schriftelijke taken te houden. Hij zit steeds weer om zich heen te kijken. Alleen als de juf steeds op zijn lip zit, werkt hij door aan zijn taak. Hij is veel liever met zijn handen bezig. Tijdens de handvaardigheidslessen en ook tijdens de gym is hij in zijn element en heeft de leerkracht weinig last van hem.

In het schoolbusje bemoeit Daniël zich met iedereen. Hij heeft daardoor voortdurend ruzie. Dit maakt hem agressief tegen iedereen. Ook thuis gedraagt hij zich agressief; bovendien houdt hij zich niet aan de afspraken. Hij zwerft vaak op straat en leeft zijn agressie uit op bushokjes en winkelruiten. Dit wekt grote irritatie bij zijn ouders op, die hem eigenlijk niet aankunnen.

Casus 7

Maaike, een stevig meisje van 8 jaar, heeft als baby vier maanden in het ziekenhuis gelegen. Ze heeft een waterhoofd, heeft verschillende keren een drain gekregen en is geopereerd. Ze bezoekt de tytylschool. Haar intelligentie lijkt op leeftijdsniveau. Ze is een erg verlegen, teruggetrokken en soms wat onhandig meisje. Ze gaat vaak met tegenzin naar school. Ze weet niet goed hoe ze met andere kinderen moet samenspelen. Ze wil wel graag en blijft het daarom steeds weer proberen. Ze is echter elke keer net te laat.

Moeder weet goed hoe zij haar dochter moet steunen en stimuleren om zich over haar sociale angst heen te zetten. Vader is van 's ochtends vroeg tot 's avonds laat weg; als hij thuis is weet hij geen raad met zijn verlegen dochter. Dit wekt grote irritatie bij moeder die

vindt dat hij als vader verplicht is betrokken te zijn bij zijn dochter. Af en toe leidt dit meningsverschil tot heftige woordenwisselingen.

Casus 8

Jaap is 4 jaar en zit sedert twee maanden in groep 1 van de basisschool. Hij valt op door zijn wisselend gedrag. Het ene moment functioneert hij normaal, het volgende lijkt hij weggezogen te worden door allerlei fantasieën. Realiteit en fantasie lopen zodanig door elkaar dat de leerkracht moeite heeft om hem terug te roepen tot het leven van alledag. Ook thuis doen zich deze momenten voor, maar de ouders interpreteren dit als 'horend bij Jaap' net als zijn lichte tics. Op school levert zijn gedrag (nog) geen problemen op, maar de leerkracht verwacht dat dit wel zal gebeuren. Jaap is over het algemeen opgewekt en zijn klasgenoten gaan nu nog mee in zijn fantasiespel.

Moeder is een jaar geleden korte tijd opgenomen geweest vanwege depressie toen haar moeder overleed. Sindsdien is de relatie tussen de ouders afgekoeld. Jaap is toen in huis geweest bij zijn tante met wie hij het nog steeds goed kan vinden.

Casus 9

Jan is 15 jaar. Zijn moeder is vorige maand vanwege een ernstige depressie opgenomen. Jan kan niet met zijn moeder overweg. Met zijn vader heeft hij wel eens aanvaring, maar deze kan zijn zoon goed aan. Op advies van de RIAGG bezoekt Jan een kleine Mavo met een strak systeem. Hij zit nu in de derde klas en accepteert opeens geen advies meer van de docenten. Door de escalatie van problemen is hij van school weggelopen. Vader verdenkt de 'nieuwe vrienden' van Jan ervan hem onder het genot van een joint bepaalde dingen ingefluisterd te hebben.

Casus 10

Sinds vader zonder werk zit en drinkt, heeft moeder haar zorgen bijna volledig op haar man gericht. Nu weet ze opeens geen raad meer met haar zoon Peter van 13 jaar. Sinds kort steelt hij geld en snoep, zowel thuis als buitenshuis. Volgens de ouders wil Peter nooit bekennen dat hij steelt; hij liegt ook vaak. Gestolen geld besteedt hij aan snoep of b.v. speelgoedpistolen; hij deelt dit dan uit aan andere kinderen, wil als het ware zijn vriendjes 'kopen'. Peter zit in de tweede klas van de middelbare school, maar plast nog 2 à 3 keer per week 's nachts in bed. Op school zijn er eigenlijk niet veel problemen. Peter is zeer intelligent, heeft plezier in leren en werkt ook erg snel. Hij gedraagt zich zelden of nooit agressief, maar vraagt veel aandacht van de leerkrachten. Tussen de andere kinderen valt hij enigszins op als eenling; hij wordt echter niet geplaagd en doet ook steeds moeite om contacten met anderen te maken. Vaak probeert hij zich populair te maken door snoep uit te delen of stoer te doen.

Casus 11

en week voor de uitreiking van het paasrapport worden de ouders van de 8-jarige Sander opeens door de leerkracht uitgenodigd voor een gesprek. Op school blijken de prestaties, vooral voor lezen en taal, plots zeer te wensen over te laten. Opvallend zijn de sterk wisselende prestaties. De ouders zijn onthutst, omdat tevoren steeds redelijk positieve berichten van school zijn gekomen. Zelf hebben zij de indruk dat Sander zich goed ontwikkelt. Volgens de oppas, die komt als moeder werkt, staat het vele huiswerk Sander steeds meer tegen. Hij houdt geen tijd over om op straat met andere kinderen te spelen.

De ouders willen graag weten of de door school geconstateerde leerproblemen te maken hebben met een verkeersongeluk; Sander is op zesjarige leeftijd op weg naar school aangereden door een auto en heeft daarbij zijn sleutelbeen gebroken. Sinds die tijd is Sander volgens de ouders betrekkelijk moe. Hij heeft vaak moeite om op woorden te komen, zegt wel eens verkeerde woorden of kan niet meer goed uit een zin komen. Dit veroorzaakt regelmatig huilbuien, maar zijn moeder weet hem, ondanks haar eigen problemen met haar baas, op zo'n moment snel gerust te stellen.

Casus 12

Lieke is altijd al een druk kind geweest. De bevalling heeft destijds extreem lang geduurd. Ondanks de complicaties is haar ontwikkeling voorspoedig verlopen. Ze is alleen erg druk. Ze praat de hele dag door. Liekes ouders hebben haar altijd omringd met veel aandacht. Toen Lieke bijna 4 jaar was, heeft moeder op het consultatiebureau een keer advies gevraagd hoe ze het beste om kon gaan met Liekes drukke gedrag. De RIAGG-medewerker die op dat moment spreekuur hield, heeft haar geadviseerd niet altijd toe te geven aan de luijmen van haar kind.

Lieke is nu 8 jaar. Op school kan ze zich nooit lange tijd achter elkaar concentreren. Als ze op school aan een taak begint, zit ze meteen weer om zich heen te kijken en wil iets anders gaan doen. Samenspelen met andere kinderen kan ze niet goed. Als een klasgenootje bij haar thuis komt spelen, ontaardt de situatie al snel. Lieke begint snel spullen af te pakken en te slaan; de kinderen hebben bijna meteen ruzie en het klasgenootje wil dan ook snel weer naar huis. Weinig kinderen komen nog een tweede keer bij Lieke spelen.

De laatste tijd hebben Liekes ouders onderling steeds vaker onenigheid en strijd. Lieke logeert daarom vaak bij een zus van moeder, die zich het lot van Lieke aantrekt.

Casus 13

Hans is 6 weken te vroeg geboren. Hans is nu 6 jaar. Hij is wel een beetje klein voor zijn leeftijd, maar verder zijn er nooit problemen geweest. Hij gaat graag naar school. Er zijn geen problemen met leeftijdgenoten en ook met zijn twee jaar jongere broer kan Hans goed overweg. Tijdens het laatste 10-minutengesprek op school heeft de leerkracht echter haar bezorgdheid over Hans geuit. Het is haar vooral de laatste maand opgevallen dat hij tijdens de kringgesprekken moeite lijkt te hebben om alles te volgen. Ze denkt dat hij vaak niet begrijpt waarover zijn klasgenoten het hebben. Met name moeder herkent dit, omdat ze de laatste tijd regelmatig ongeduldig wordt als hij niet of erg traag reageert op wat ze zegt.

Casus 14

Martine is een ondernemend en levenslustig meisje van 15. Tegen het einde van de zomervakantie openbaart zich bij haar plotseling een onbedwingbare behoefte om haar handen zo lang en frequent te wassen dat haar huid pijn gaat doen. Zij durft geen voorwerpen meer aan te raken uit angst voor besmetting een ernstige ziekte te krijgen. Zij is bang om kanker te krijgen of zelfs AIDS; ze is goed op de hoogte van deze ziekten door televisieprogramma's en populaire tijdschriften. Ondanks haar intelligentie kan ze zelf niet goed verklaren waarom zij zich zo gedraagt. Wanneer het wassen haar wordt belot, wordt zij heel angstig en agressief. Martine voelt zich ellendig in deze situatie omdat zij haar handen niet zo schoon kan krijgen dat zij geen besmetting hoeft te vrezen. Het liefst zit zij zo lang mogelijk voor tv. Ze probeert zich te verzetten door haar aandacht op andere zaken te richten, maar zij moet het van zichzelf. Haar ouders kunnen haar gedrag wel aan, maar hebben onderling problemen, waarvoor ze contact met de hulpverlening hebben.

Casus 15

Saskia is 16. Sinds een half jaar hebben een goede vriendin en een vriend van haar samen een relatie. Ze is nu ziekelijk jaloers en voelt zich minderwaardig; ze is niet alleen jaloers op haar vriend en vriendin, maar ook op anderen die te dicht in haar buurt komen. Ze is heel bang naar de tweede plaats verdrongen te worden. Ze dringt zich op een negatieve manier op de voorgrond. Dit valt met name op naar haar vrienden toe. Op school spelen de problemen niet; in de klas houdt iedereen voldoende (emotionele) afstand.

Op de lagere school heeft ze ook al eens contact met de hulpverlening gehad vanwege minderwaardigheidsgevoelens en gebrek aan zelfvertrouwen. Dat haar problemen toen van tijdelijke aard waren is met name te danken aan de juf van groep 5, die haar goed opving en stimuleerde. Saskia fietst nog regelmatig bij haar basisschool langs. Als de juf op het schoolplein is en haar ziet maken ze een praatje. Thuis doen de problemen zich alleen voor als er bezoek is. Haar ouders weten niet goed hoe ze dit hinderlijke gedrag in zo'n situatie aan moeten pakken.

Casus 16

Moeder constateert tot haar ontzetting dat haar zoon Frits van 16 gefascineerd is door terreuracties van extremistische groeperingen. Het beangstigt haar bovendien dat hij regelmatig ernstige sportblessures oploopt en voortdurend autoriteitsconflicten met leraren en coaches heeft. Dit herinnert haar aan de tijd dat ze in een Japans concentratiekamp zat; toen was ze regelmatig getuige van de slaag die medege-detineerden, waaronder ook haar moeder, kregen.

Toen haar kinderen klein waren en ongeveer de leeftijd hadden waarop zij in het kamp geraakte, had ze moeite met grenzen stellen. Ze wist geen raad als de kinderen niet wilden luisteren. Ze kreeg dan driftbuien en sloeg hen. Ze voelde zich lange tijd intens ongelukkig en schuldig. Dit gaf spanningen. Moeder heeft zich (met haar gezin) destijds aangemeld bij een RIAGG. Gedurende de (lange) wachttijd vóór het eerste gesprek was de spanning binnen het gezin al weer verminderd. De kinderen hielden rekening met moeder door minder tegen haar wil in te gaan; moeder hoefde daardoor niet zo vaak meer uit haar slof te schieten. Bovendien kon ze haar driftbuien beter hanteren. Situaties escaleerden minder vaak en de problemen manifesteerden zich niet meer zo vaak. Na de intake is het gezin dan ook meteen weer afgehaakt. De spanningen in de relatie tussen de ouders zijn echter gebleven. Nu Frits haar opeens weer voor problemen stelt, is moeder weer behoorlijk in verwarring geraakt.

Casus 17

Marijke is 16 jaar. Sinds kort heeft zij last van hyperventilatie. Zij is moe, huilerig, slaapt slecht en wil niet eten. Zij gaat met moeite naar school en heeft weinig contact meer met leeftijdsgenoten.

Een aantal voorvallen is aan de klachten voorafgegaan. Haar tien jaar oudere zus, op wie zij erg gesteld is, is getrouwd. Sinds vader werkloos is, hebben haar ouders huwelijksproblemen; ze zijn enkele weken alleen op vakantie gegaan om hun huwelijksproblemen op een rij te zetten. Tijdens die vakantieperiode heeft Marijke grote ruzie met haar vriend gehad, die hun relatie verbroken heeft. Hiervan is zij erg geschrokken en heeft de conclusie getrokken dat ze vijandigheid bij andere mensen oproept; het is haar schuld dat iedereen ruzie maakt of weggaat. Ze trekt zich heel erg terug en wil niet meer eten. Zij probeert zichzelf voor te houden dat haar ideeën onzin zijn, maar voelt zich toch schuldig en angstig. Ook de ouders lukt het niet haar schuldgevoel weg te nemen.

Casus 18

Anouschka, 14 jaar, is weggelopen van huis. Ze wordt ernstig mishandeld en misbruikt door Jaap, die sinds 3 maanden met haar moeder samenwoont. Ze heeft diverse kneuzingen en blauwe plekken. Ze heeft er moeite mee om volwassenen te vertrouwen. Ze is doodsbang voor lichamelijk contact. Zodra iemand te dicht bij haar in de buurt komt, begint ze te gillen: 'Blijf van me af rotzak!' Met haar moeder wil ze niets meer te maken hebben. Het is haar schuld! Zij laat immers willoos en versuft door de valiumtabletten toe dat Jaap zijn gang kan gaan; dan kan hij háár op dat moment tenminste niet toetakelen.

Anouschka heeft twee maanden geleden een keer de kindertelefoon gebeld om over haar situatie te kunnen praten. Tot voor kort kon ze alles op school en voor vrienden nog geheim houden. Maar toen ze gisteren thuis kwam en Jaaps stem hoorde, knakte er iets in haar. Ze is in allerijl weggevlucht en zit nu in het crisiscentrum, weggedrukt in het verste hoekje dat ze kon vinden.

Casus 19

Nina is 13 jaar. Haar ouders praten niet meer met elkaar. Vader heeft sinds een jaar een vriendin en is vaak niet thuis. Haar moeder drinkt soms vreselijk veel en doet dan gevaarlijke dingen.

Als vader niet thuis is, let Nina altijd op of alles goed gaat. Is het gas wel uit? Is er wel iets te eten in huis? Huilt de baby niet al heel lang? Als haar moeder geen zin in koken heeft, zorgt zij voor het eten voor zichzelf en haar twee broertjes. Haar moeder brengt ze een kopje thee, in de hoop dat ze die vervelende fles wegzet. Maar dat drinkt ze nooit op; soms blijft haar moeder apathisch in haar stoel zitten, soms smijt ze de thee naar Nina's hoofd onder luid commentaar dat ze daarvan last van haar maag krijgt.

Nina is bang voor het onvoorspelbare gedrag van haar moeder. Ze kan goed opschieten met de vriendin van vader, maar hoopt dat het weer net zo wordt als vroeger, toen ze nog met zijn allen gelukkig waren. 's Nachts ligt ze vaak wakker en piekert; ze vraagt zich dan af of het allemaal haar schuld is. Ook op school kan ze de gedachte aan haar moeder niet van zich afzetten en kan ze zich niet concentreren op de les. Ze is een keer weggelopen naar een crisiscentrum, maar haar schuldgevoel en bezorgdheid om haar broertjes hebben haar snel weer thuisgebracht.

Casus 20

Een moeder komt op het spreekuur voor haar zoon Pierre van 10 jaar. Deze klaagt over heftige concentratieproblemen, migraine-aanvallen en rusteloze nachten. Overdag is hij moedeloos en gesloten. Hij trekt zich heel erg terug. Sinds de verhuizing een maand geleden heeft hij (nog) geen nieuwe vrienden gemaakt.

De jongen vertoont de klachten sinds hij behandeld is voor een brandwond op zijn rug. De chirurg had toen tegen hem gezegd dat het afnemen van het eerste verband haast pijnloos zou zijn. Ondanks de heftige pijn heeft hij gezweven en daarmee de eer van de dokter gered. De ouders die hun kwetsbare zoon steeds goed opgevangen hebben tijdens de behandeling, kwamen er snel achter dat de ingreep ook psychische gevolgen had. Zij zijn in Frankrijk enkele keren met Pierre bij een psycholoog geweest.

De chirurgische ingreep vond plaats in Parijs, net voordat het gezin vanuit Frankrijk naar Nederland verhuisde. Door de verhuizing is het contact met de psycholoog verbroken. Binnen hele gezin blijkt elk voor zich problemen te hebben met de verhuizing zonder dat de een het van de ander weet. Dit staat ook de relatie van de ouders met het kind in de weg. Gelukkig belt Pierres oma uit Frankrijk heel vaak, bij wie hij met zijn verdriet terecht kan.

Casus 21

Bart is 13 als zijn ouders scheiden. Met zijn vader heeft hij weinig contact. Hij is altijd al veel bij de buurman over de vloer gekomen en gaat wel eens samen met hem vissen.

Bart is klein van postuur en draagt een sterke bril. Momenteel heeft Bart nog geen seksuele contacten gehad, maar is wel duidelijk in seksualiteit geïnteresseerd. Hij heeft de gewoonte om de poppen van zijn zusje vast te binden met touwtjes. Sinds kort doet hij dat ook met zijn zusje zelf. Als deze klaagt dat Bart haar met dennenaaldjes in haar geslachtsdelen wil prikken, terwijl ze met touwtjes vastzit, begint moeder zich zorgen te maken. Als Bart bovendien thuis komt met een erg slecht rapport, vindt moeder het de hoogste tijd dat er iets gebeurt en wendt zich tot de hulpverlening.

Ze heeft al eens eerder hulp gevraagd, toen Bart steeds naakt vanuit de tuin de straat opsprong als er mensen voorbij liepen of fietsten. Dat is toen bestempeld als een onschuldig spelletje van tijdelijke aard en met hulp van de buurman, die Bart steeds op tijd in zijn kladden greep, opgehouden.

Casus 22

Janneke is de helft van een tweeling. In tegenstelling tot haar zusje brengt zij haar moeder tot wanhoop door haar overbeweeglijkheid en impulsiviteit. Al als baby is zij een mager sprietig ding, dat voortdurend spartelt en schreeuwt en nooit lacht. Ze reageert op elk geluid, heeft het te druk om voldoende te eten en houdt haar ouders 's nachts uit de slaap. Haar functieontwikkeling verloopt echter voorspoedig. Ze zit en loopt vroeg en spreekt al snel. Ze gaat zeer handig met het speelgoed om, maar is erg ongeduldig en reageert heftig als iets niet of niet snel genoeg lukt. Toen moeder een keer een speeltje afpakte waarmee ze 's ochtends tegen de spijlen van het bedje lag te slaan, sloeg ze helemaal door.

Hoewel moeder vaak ernstig gedeprimeerd raakt door de hele situatie, heeft het gezin tijdens de eerste levensjaren van Janneke goed stand gehouden. Nu begint de druk op het gezin echter te groot te worden. Janneke is nu bijna 4. Ze was zindelijk, maar is teruggevallen. Vaak vindt men 's ochtends haar bedje volgesmeerd met ontlasting, met name na een boze bui. Bovendien is ze zo jaloers op haar tweelingzusje dat ze door haar agressieve uitvalen een regelrecht gevaar voor haar zusje is.

Casus 23

Een moeder komt met klachten van haar dochter Tina van 15 jaar bij de dokter. Ze is sinds een half jaar regelmatig ziek; ze krijgt plots zware hoofdpijn, wordt misselijk en moet overgeven. Overdag, op school heeft ze er geen last van; meestal gebeurt het 's avonds. Dit heeft mede tot gevolg dat Tina niet meer naar jazzballet gaat. Regelmatig komt haar vriendin informeren of ze weer een keer met haar meegaat.

Moeder voelt zich machteloos. Ze vindt dat het niet alleen haar probleem is, maar ook van haar man. Moeder klaagt dat het echter niet bespreekbaar is met haar man. Er zijn ook weinig gelegenheden om te praten omdat ze voortdurend haar dochter moet verzorgen. Bovendien grijpt vader zodra hij thuiskomt naar een jonge borrel, zodat een zinnig gesprek snel onmogelijk wordt.

Casus 24

Toms moeder maakt zich zorgen over haar zoon. Hij klaagt de laatste tijd vaker over buikpijn. Hij is opeens heel angstig en hij wast steeds vaker zijn handen en wil steeds vaker douchen. Zijn moeder weet niet zo goed raad met hem. Toms vader is twee jaar geleden overleden. Op advies van haar nieuwe vriend, maar tegen haar gevoel in, verbiedt moeder

hem af en toe gewoon om zijn handen te wassen. Dit leidt niet alleen tot groot verwijt van haar zoon, maar ook tot onenigheid met haar vriend.

Tom is nu bijna 12 jaar. Aan het eind van het schooljaar, over acht maanden, gaat Tom naar de brugklas van het VWO. Van school komen er ook signalen dat het minder goed gaat.

Casus 25

Als baby sliep Bram steeds korte tijd achter elkaar. Dat vonden zijn ouders toen Bram pas geboren was geen probleem. Bram was erg gewenst en zijn ouders genoten ervan als hij wakker was. Toen hij 5 maanden was, begonnen de ouders zich zorgen te maken omdat hij nog steeds vaak wakker was 's nachts en dan erg hilde. Ze hadden een uitgebreid gesprek met de kinderarts op het consultatiebureau. Deze adviseerde om als troost een knuffeltje of iets te drinken te geven. Een flesje appelsap had het gewenste effect.

Bram is nu 15 maanden. Sinds kort hebben de ouders het gevoel dat ze het niet meer aankunnen. Zodra Bram in bed gelegd wordt, begint hij te krijsen. Noch vader noch moeder is bestand tegen het gehuil. Ze laten hem dan maar beneden in de box liggen. Om 11 uur 's avonds is Bram meestal in slaap gevallen en brengt zijn moeder hem naar bed. Na enkele uren wordt hij echter weer wakker en begint te huilen. Als hij opgepakt wordt, is hij stil. Hij krijgt echter alles bij elkaar, zodra hij terug in bed gelegd wordt. Uit vermoeidheid en onmacht schudden de ouders hem door elkaar tot hij stil is.

De ouders van moeder passen één keer per maand op. Het avondje-uit ontlast de ouders van Bram maar even. Bram gaat dan weliswaar om 8 uur naar bed. Als de ouders thuis komen, heeft hij echter zijn eerste slaap gehad en huilt nog harder dan normaal. Dit irriteert hen zo verschrikkelijk, dat ze Bram met fors geweld stil proberen te krijgen.

Casus 26

Ellen is 16 jaar wanneer zij dreigt uit het raam van de derde verdieping van het ouderlijk huis te springen. Het is aan het einde van haar schoolvakantie. In de vakantie is ze iemand tegengekomen met wie ze weliswaar nauwelijks contact heeft, maar op wie ze hevig verliefd is. Sinds die ontmoeting kan ze steeds slechter slapen; ze is bang dat de wereld vergaat en dat ze kanker heeft. De wereld ziet er opeens heel vreemd uit. Ze krijgt ook vreemde seksuele ideeën, zoals de gedachte dat ze met de duivel naar bed is geweest. Onlangs zijn haar ouders gescheiden. Zij woont nu bij haar vader, die eigenlijk nooit tijd voor haar heeft.

Op de bewuste avond is haar vriendin op bezoek om haar vakantiefoto's te laten zien. Net als deze naar huis wil gaan, komt haar vader thuis. Zij wordt panisch bij de gedachte dat hij gemeenschap met haar wil hebben. Uit angst rent ze naar het raam en klimt in de vensterbank om te springen. Haar vriendin kan nog net voorkomen dat ze daadwerkelijk springt.

Casus 27

Als Joost op de kleuterschool zit, valt op dat hij niet kan stilzitten. Op advies van de RIAGG wordt hij doorgestuurd naar de neuroloog, die een neurologische afwijking constateert. Door de situatie voor Joost duidelijk te structureren kan hij korte taken uitvoeren.

Joost is nu 7 en zit alweer een half jaar in groep 3. Hij is heel erg druk, impulsief, ongeconcentreerd en heeft problemen met de leerkracht die zich hevig stoort aan zijn ongedurigheid. Zijn ouders weten geen raad met hem. Moeder is overspannen. Vader heeft voortdurend ruzie met hem. Na schooltijd gaat hij niet direct naar huis, maar zwerft rond. Vrienden heeft hij niet. Als de politie op een gegeven moment voor de deur staat, blijkt dat

hij steelt. Ook thuis pakt hij wel eens geld weg. De ouders voelen zich machteloos.

Casus 28

Pim is 16 jaar. Van school komen er klachten over Pims slechte concentratie en conflicten met de leerkracht, met wie hij tot voor kort nooit problemen had.

Pims vader is tegenwoordig altijd thuis. Hij had een drukbezette baan, maar is drie maanden geleden ontslagen. Hij voelt zich overbodig omdat hij aan de kant is gezet. Bovendien voelt hij zich schuldig, omdat het hem niet lukt ander werk te krijgen en dus niet voor zijn gezin kan zorgen. Hij zondert zich af van zijn gezin. Hij drinkt en heeft van tijd tot tijd vreselijke woede-uitbarstingen. Moeder heeft gemerkt dat de onvoorspelbare woede-uitbarstingen van haar man duidelijk effect hebben op haar zoon. Ze heeft een keer een gesprek tussen Pim en zijn vriend opgevangen, waarin Pim vertelde dat de plotse aanvallen van agressie van zijn vader hem weliswaar vreselijk beangstigen, maar dat hij eigenlijk vreselijk boos is dat zijn vader zich zo laf terugtrekt en vlucht in de drank. Moeder weet niet hoe de problemen aangepakt moeten worden om haar zoon te helpen.

Casus 29

Mieke, 15 jaar, is als kind behandeld voor lichte tics, die het gevolg zijn van zuurstofgebrek bij de geboorte. Het lukt haar wisselend deze tics onder controle te houden. Ze zit nu in de derde klas van de Havo. Ze kan goed meekomen en heeft geen problemen. Alleen als de tics erger worden, geeft haar onhandigheid fricties in de omgang met anderen. Hoewel de anderen haar dit niet kwalijk nemen, maakt het haar afwisselend agressief en depressief.

Thuis trekt ze zich terug op haar kamer. Haar moeder mijdt ze, omdat deze voortdurend in de gaten houdt of ze niets omstoot. Haar vader ziet haar niet eens. Zodra hij thuis komt, vliegen de verwijten tussen haar ouders over en weer. Mieke overweegt steeds vaker om weg te lopen, maar durft niet goed en weet ook niet waar ze naartoe moet.

Casus 30

Jorinda is 13 jaar en zit sinds kort op de middelbare school. Op school maken ze zich zorgen, omdat ze niets presteert; ze droomt steeds weg en 'krijgt niets op papier'. Zij is moedeloos en ziet alles zwart. Zij is vaak angstig 'voor niets'. Zij vindt zichzelf gek, stom en waardeloos en heeft ook het gevoel dat de mensen in haar omgeving haar nutteloos en overbodig vinden. Soms gedraagt zij zich dan ook onredelijk en agressief, pesterig en provocerend. Maar meestal kost het haar moeite om boos te worden en om van zich af te blijven. Vaak slikt zij haar woede in en keurt zichzelf dan af vanwege haar boze gevoelens.

De ouders van Jorinda zijn zes jaar geleden gescheiden. Moeder raakte overspannen en Jorinda kreeg slaapproblemen. Beide kregen van de huisarts medicijnen voorgeschreven.

Sinds kort heeft moeder een nieuwe vriend. Ze is echter nog steeds gedeprimeerd; haar nieuwe relatie blijkt toch niet de ideale partner te zijn. Als ze ruzie maken, vlucht Jorinda vaak naar haar tante; zij logeert er ook regelmatig. Haar moeder merkt dit meestal niet eens.

Casus 31

Mariska bezoekt, nu ze vier jaar is, de basisschool. Ze maakt een verlegen en teruggetrokken indruk. Ze weet niet goed hoe ze met andere kinderen moet samenspelen. Andere kinderen plagen haar. Dit ontmoedigt haar om verder contact met andere kinderen te zoeken en het maakt haar erg angstig. Hoewel de juf haar goed opvangt, gaat ze met

tegenzin naar school. Ze is bang dat de juf haar blauwe plekken ziet.

Het lukt moeder nog elke ochtend om haar dochter naar school te laten gaan. Vader heeft meer moeite met het angstige gedrag en raakt geïrriteerd als Mariska elke ochtend weer huilt dat ze buikpijn heeft en thuis wil blijven. Hij vindt dat ze zich niet aan moet stellen en slaat haar dan letterlijk het huis uit.

Casus 32

Claudia, 16 jaar, heeft problemen met haar uiterlijk. Ze voelt zich te dik en minderwaardig. Ze gaat dan overmatig snoepen en wordt inderdaad te dik. Ze probeert dan te stoppen met snoepen, maar dit lukt nooit lang. Ze zoekt haar toevlucht tot laxetabletten, maar deze hebben ook niet het gewenste effect.

Haar ouders zijn een half jaar geleden gescheiden. Claudia woont nu bij moeder, maar heeft voortdurend ruzie met haar. Ze verwijt haar moeder de scheiding en gebruikt daarbij grof verbaal geweld met veel schuttingtaal. Haar moeder doorziet dat Claudia's uitermate brutaal gedrag een manier is haar gebrek aan zelfvertrouwen te maskeren, waardoor ze bestand is tegen alle ruzies. Claudia zelf is ontevreden met haar eigen opvliegendheid. Dit is voor haar weer een aanleiding om te gaan eten. De wekelijkse voetbaltraining is voor haar een opluchting. Ze probeert dan zoveel mogelijk energie en agressie kwijt te raken. Na de training voelt ze zich ontspannen en zit dan vaak samen met haar vriendin nog een tijd in de kantine te praten.

Bijlage 3: Tabellen

Tabel 1: Redenen van uitval, in aantal en percentage (N=117).

<i>Redenen</i>	<i>aantal</i>	<i>%*</i>
Onduidelijk, vaag	47	40
Druk, geen tijd	20	17
Wil niet	6	5
Ziekte	3	3
Onderzoekstop	3	3
Niet ontvangen	2	2
Onbekend	36	31
Totaal	117	100

* door afronding is het totaalpercentage niet precies 100.

Tabel 2: Instelling waarin de respondenten werkzaam waren

<i>Instelling</i>	<i>Aantal respondenten</i>	<i>%</i>
Ambulant	118	44
Adviesbureau	5	
Jongerenadviescentrum	5	
RIAGG	65	
Sociaal Pedagogische Dienst	14	
Polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie	9	
Gezinsvoogdij	2	
Algemeen Maatschappelijk Werk	10	
andere ambulante instelling	8	
Dagbehandeling	34	13
Boddaertcentrum	13	
Medisch Kleuterdagverblijf	18	
andere dagbehandeling	3	
Residentiële hulpverlening*	106	39
Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek (inclusief kinderziekenhuis)	18	
Medisch Kindertehuis	14	
Orthopedagogische instelling (o.a. vakinternaat, behandelingshuis)	19	
BJ-internaat	9	
Rijksinrichting	8	
Centrale voor Pleegzorg	2	
Therapeutisch Pleeggezin	8	
andere residentiële voorziening	28	
Onbekend	12	4
Totaal	270	100

* Inclusief 14% multifunctionele (jeugdhulpverlenings)organisaties (14% van totaal) die over zowel residentiële als ambulante of dagbehandelingsvoorzieningen beschikken. In feite is het niet helemaal correct om deze categorie onder residentiële instellingen te laten vallen.

Tabel 3: Aantal en percentage beoordelaars en indicaties per vragenlijst.

Vragenlijst	Beoordelaars		Indicaties	
	aantal	% ^①	aantal	% [*]
1	28	10	220	10
2	36	13	284	13
3	38	14	304	14
4	32	12	255	12
5	30	11	240	11
6	37	14	295	14
7	36	13	287	13
8	33	12	264	12
<i>Totaal</i>	<i>270</i>	<i>100</i>	<i>2149</i>	<i>100</i>

* door afronding is het totaalpercentage niet precies 100.

Tabel 4: Aantal en percentage beoordelaars per vignet (N=270).

Nummer vignet	Aantal	%
1	63	2,9
2	62	2,9
3	70	3,3
4	73	3,4
5	73	3,4
6	62	2,9
7	63	2,9
8	67	3,1
9	74	3,4
10	69	3,2
11	69	3,2
12	70	3,3
13	67	3,1
14	70	3,3
15	63	2,9
16	70	3,3
17	69	3,2
18	72	3,4
19	62	2,9
20	61	2,8
21	64	3,0
22	69	3,2
23	67	3,1
24	60	2,8
25	73	3,4
26	73	3,4
27	72	3,4
28	73	3,4
29	60	2,8
30	61	2,8
31	61	2,8
32	67	3,1
<i>Totaal</i>	<i>2173</i>	<i>100,0</i>

Tabel 5: Overzicht van verschil in verdeling tussen de casussen van de zorgactiviteiten (p, op basis van χ^2 , df=31) en het percentage van het totaal aantal beoordelingen (n=2149).

Zorgactiviteit	% Beoordelingen	p
lichamelijk onderzoek	33,5	.00
functiegericht onderzoek	7,7	.00
cognitief onderzoek	29,1	.00
sociaal-emotioneel onderzoek	62,2	.00
onderzoek schoolfunctioneren	30,9	.00
onderzoek functioneren vrijetijd	16,5	.00
gedragsobservatie	25,7	.00
gezinstaxatie	61,7	.00
psychiatrisch onderzoek	30,8	.00
ander onderzoek	8,0	.00
anamnese *	2,1	.22
onderzoek Raad voor de Kinderbescherming *	2,0	.00
advies jeugdige	41,0	.00
advies ouders/verzorgers	72,6	.02
advies leerkracht	28,2	.00
advies anderen	3,0	.00
begeleiding ouders	70,0	.00
begeleiding pleegouders	0,4	--
begeleiding groepstherapie	3,0	.00
begeleiding leerkracht	17,7	.00
training sociale vaardigheden	12,8	.00
training schoolvaardigheden	2,7	.00
training beroepsvaardigheden	0,1	--
begeleiding vrije tijd	4,5	.00
begeleiding zelfstandig wonen	0,2	--
andere begeleiding	10,0	.00
begeleiding jeugdige *	4,0	.00
medicatie	18,4	.00
gedragscorrectie	6,9	.00
gedragstherapie	11,6	.00
spel/psychotherapie	30,5	.00
gezins(psycho)therapie	27,7	.00
groepstherapie ouders	1,9	.24
groepstherapie jeugdige	8,8	.00
video-hometraining	10,6	.00
therapeutische gezinsverpleging	2,7	.00
remedial teaching	3,5	.00
educatieve therapie	0,9	--
creatieve therapieën	6,3	.00
functiegerichte therapieën	2,0	.00
andere behandeling	8,0	.00
opvoeding en verzorging	31,6	.09
straf	0,4	--
bescherming jeugdige	17,6	.00
bescherming gezin	5,2	.00
bescherming maatschappij	0,7	--
verblijf thuis *	6,0	.06
verblijf elders/uitplaatsing *	4,6	.00

* toegevoegde zorgactiviteiten

-- χ^2 -toets niet verantwoord

Tabel 6: Nominale associatie (phi) tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten (N=2149, p<.05).

		Zorgactiviteit ①																
Probleemkenmerk		dia1	dia2	dia3	dia4	dia5	dia6	dia7	dia8	dia9	dia11	adv11	adv12	adv13	beg14	beg15	beg17	beg18
lichamelijke problemen	licht		-.11	-.11	.15		.08	-.05	.10		-.06	.05		-.11			-.06	-.09
	ernstig	.25	.20	.16	-.12		-.11	.13	-.13			-.19		.12		.05		.10
cognitieve problemen	licht		.11	.06	-.07					-.14			-.04			-.10		
	ernstig		-.06	.08	.15		-.05	.05	-.11	.33							.04	.05
emotionele problemen	licht			-.07	-.12					-.15	.04			-.07	.05	-.05		-.08
	ernstig			-.18	.07	-.11	-.08	-.06	.06	.13		.10	-.05	-.16				-.16
sociale problemen	licht	-.08	-.10	-.09	.07		.08			-.09		.15	-.05	-.10	.13			-.09
	ernstig	-.10	-.06	.06				.12	.12	.09		-.15		.07	-.06	.12		.10
schoolproblemen			.06	.17	.07	.26	.05		-.05			-.08		.22		.07		.18
vrijtijdsproblemen			.06	.08		.05	.07	-.04			-.10				-.07		-.05	.07
individuele problemen ouders		-.06	-.10	-.09				-.04	.14		.08	.12			.09	-.05	.05	
relatieproblemen ouders		-.18	-.11	-.09	.13		.06	-.07	.11	.15	.11	.20	-.07	-.14	.06	-.09	.06	-.13
relatieprobl. ouders-jeugdige		-.20	-.09			.06		-.07	.04					.09				.06
opvoedcapaciteit onvoldoende		.07		-.05	-.09	-.13	-.06			.09	.07			-.13				-.08
spankracht		-.06			.04	.10	.05				-.06							
kwetsbaarheid		.13		.08	.04				-.11		.05			.07	.06	-.06	.07	
steun sign others			-.05	-.05		-.05	-.07		.06					-.06			-.05	-.06
duur 3mnd - 1 jaar					.06			-.04				.05						
>1 jaar				.11		.09	.06	.14		-.09		-.13		.05	-.08	.09		.06
eerder hulp				-.10			.07				.05	.08						
leeftijd (0= \leq 12 jr; 1= \Rightarrow 12 jr)		-.24	-.19	-.32		-.15	.07	-.22	.14	.06		.43	-.08	-.27	.14	-.17		-.26
geslacht (0=jongen;1=meisje)			-.10	-.12	.07	-.09			.05	.04		.10	-.04	-.10	.10	-.07		-.12

① zie toelichting op pagina 235-236.

Tabel 6 (vervolg): Associatie (phi) tussen probleemkenmerken en zorgactiviteiten (N=2149, $p < .05$).

		Zorgactiviteit ①																
Probleemkenmerk		beg 19	beg 20	beg 22	beh 25	beh 26	beh 27	beh 28	beh 29	beh 31	beh 32	beh 33	beh 34	activ	funth	vbf46	vbf47	ovvbf
lichamelijke problemen	licht		-.06		-.13			.09	.17	-.04		-.06	-.06		-.08	-.16		.07
	ernstig			-.11	.18		-.05	-.05	-.17		.14		.11		.13			
cognitieve problemen	licht					-.04		-.08	.09		-.04	-.09				-.10		
	ernstig	-.12			.15	.08	.05	.21	-.19			-.05	.08			.08		
emotionele problemen	licht	.07		-.04	-.20	-.09	-.06	-.05			-.05							-.07
	ernstig	-.07			.09	-.10		.14	.07					.06		.08		.05
sociale problemen	licht	.15			-.09		.05			.17		-.05	-.05		-.06		-.06	-.04
	ernstig		.06	.05	.06	.07	-.05			-.07	.13		-.06		-.07	.07	.06	.06
schoolproblemen			.07						-.06	-.08			.10		.07			
vrijtijdsproblemen		.17			.13		.05	-.05	.06	.06		-.09	.09		.06	-.08		
individuele problemen ouders		-.10			-.05		-.12		.15	-.05	-.11	.05				.08	.05	
relatieproblemen ouders		.06				-.11	.10	.13	.12	.10	-.11		-.11		-.06	.16		
relatieprobl. ouders-jeugdige					-.04	.05	-.04	.09					-.05		-.09	.18		
opvoedcapaciteit onvoldoende		-.06			.21	.10				-.07	.07		-.07			.15		.11
spankracht		.06			-.12		.07						.08		.05	-.17		-.06
kwetsbaarheid			.05			-.08		.04	-.08		-.05	-.06	.10			.12	-.09	
steun significant others		-.06		-.10	-.05	-.11	-.10	.08			.06	.06						
duur 3mnd - 1 jaar		.15					.06		-.05	.11	-.05	-.06	-.06	.06				
>1 jaar					.05	.13		-.14			.18	.08	.17		.08	-.09	.08	
eerder hulp					.10			.04				.08	-.04	.08		.05		
leeftijd (0= \leq 12 jr; 1= \geq 12 jr)			-.07		-.12	-.13		.14	.25	.17	-.27		-.16		-.11	.13		-.06
geslacht (0=jongen;1=meisje)		.09	-.06			-.09	.06	.06		.11	.05		-.10	.06	-.08	.11	-.05	

① zie toelichting op pagina 235-236.

Tabel 7: Voorspelde waarde R^2 en odd's ratio ② in logistische regressies van probleemkenmerken (X) op zorgactiviteiten (Y) (N=2149, $p<.05$).

Probleemkenmerk	Zorgactiviteit ①																
	dia1	dia2	dia3	dia4	dia5	dia6	dia7	dia8	dia9	dia11	adv11	adv12	adv13	beg14	beg15	beg17	beg18
R^2	.28	.14	.24	.11	.14	.07	.12	.13	.19	.08	.24	.02	.22	.09	.09	.03	.20
lichamelijke problemen licht	9.75		.64	1.81									.47			.17	.55
ernstig	13.43	14.85	1.60			.67		.54			.64				.33		
cognitieve problemen licht		4.11	2.11					.51	1.70		1.66	.70			.75		
ernstig		3.78	2.54	2.02				.36	7.76		1.58				.70		
emotionele problemen licht			.29	.62	.45	.48	.72	1.44	.55		1.74		.36				.25
ernstig			.31		.62	.54	.64		1.78		2.20		.28				.24
sociale problemen licht	.28	.12		2.15		1.52	2.02						.58		1.98		*
ernstig	.29			1.33			2.07	1.77			.71				2.12		
schoolproblemen	.57		2.55	1.42	3.61	1.55	.73	.79	.77		1.35		3.34				3.71
vrijtijdsproblemen			1.51		1.49	1.66	.80								1.30		1.45
individuele problemen ouders		.17	.51		.72			2.52							.75		
relatieproblemen ouders	.30			2.31	1.47			1.46	2.44		1.40						
relatieprobl. ouders-jeugdige	.27	.29			1.40		.75	1.25	.79				1.56				
opvoedcapaciteit onvoldoende	2.69		.58	.60	.45	*	1.44		2.09				.31				.32
spankracht							1.51		1.45				.41				.44
kwetsbaarheid			1.80	1.39	1.40			.49			1.83		1.44		.75	2.98	
steun significant others						.58		1.28			.72						
duur 3mnd - 1 jaar	.67	3.23		1.51		1.78					1.59				1.30		
>1 jaar	.25		1.97		1.89	2.09	1.41								1.80		1.76
eerder hulp		.43	.62				1.40										
leeftijd (0= \leq 12 jr; 1= \geq 12 jr)	.38						.34				7.06		.47		.55		.35
geslacht (0=jongen;1=meisje)	4.58		.51	.51	.45			1.81	.54		.67				.49		

① ② zie toelichting op pagina 235-236.

Tabel 7 (vervolg): Voorspelde waarde R² en odd's ratio ② in logistische regressies van probleemkenmerken (X) op zorgactiviteiten (Y) (N=2149, p<.05).

Probleemkenmerk	Zorgactiviteit ①																
	beg 19	beg 20	beg 22	beh 25	beh 26	beh 27	beh 28	beh 29	beh 31	beh 32	beh 33	beh 34	activ	funth	vbf46	vbf47	ovvbf
R ²	.21	.04	.06	.26	.15	.10	.15	.16	.10	.18	.10	.34	.03	.08	.25	.03	.04
lichamelijke problemen licht	.35			9.65	3.42		1.85	2.44	.57						.14		.26
ernstig	.32	.07	.27	64.69			1.34								.24	.50	
cognitieve problemen licht	.19										.01				.44		
ernstig	.21			30.71	2.94	1.89	3.32	.41		.35							
emotionele problemen licht						.42		1.72							2.06		.26
ernstig	2.56			10.41		2.91		1.66					2.31		3.24		
sociale problemen licht	51.95		3.14	2.19	29.92	4.19			7.26						2.15		
ernstig	31.30	19.04	3.20							4.31					2.92	2.67	
schoolproblemen		7.98		.03		.48	1.33								.63		
vrijtijdsproblemen	8.85		2.09	20.14		1.86			2.17				1.65		.40		
individuele problemen ouders				.15		.37		1.67	.53	1.84	16.77		.56		1.58	2.20	2.67
relatieproblemen ouders	.45			7.05		5.89	1.86		3.98				2.40		2.11		
relatieprobl. ouders-jeugdige			2.06	.32			1.46		1.65				1.89		4.45		
opvoedcapaciteit onvoldoende				9.70	3.20			1.47									
spankracht	2.84		2.72		5.30	3.01		1.55							.17	3.01	9.51
kwetsbaarheid				4.09			1.63	.70		.56						.29	
steun significant others			.49	.65	.20	.43	1.54								.58		
duur 3mnd - 1 jaar	8.24			9.06	3.38	4.10		.67	5.05				1.94		.64		
>1 jaar	8.65		2.72		3.95	2.08	.54		3.15	3.42					.21	3.44	.34
eerder hulp						1.66							2.85		1.82	1.95	
leeftijd (0= \leq 12 jr; 1= \geq 12 jr)				.03		.32	1.76	2.49	2.60	.09					.50		.16
geslacht (0=jongen;1=meisje)	.34			.30		.26	.49	1.73	.29	3.03							

① ② zie toelichting op pagina 235-236.

Tabel 8: Voorspelde waarde R^2 en gestandaardiseerde logistische regressiecoëfficiënten: $b^*_{xy} = (b_y)(s_x)/s_{\logit(y)}$ ③ van probleemkenmerken (x) op zorgactiviteiten (y) (N=2149, $p < .05$).

Probleemkenmerk	Zorgactiviteit①																
	dia1	dia2	dia3	dia4	dia5	dia6	dia7	dia8	dia9	dia11	adv11	adv12	adv13	beg1 4	beg1 5	beg1 7	beg18
R^2	.28	.14	.24	.11	.14	.07	.12	.13	.19	.08	.24	.02	.22	.09	.09	.03	.20
lichamelijke problemen licht	.28		-.08	.11									-.12			-.11	-.08
ernstig	.38	.23	.09			-.07		-.13			-.09						
cognitieve problemen licht		.10	.13					-.12	.09		.09	-.06			-.20		
ernstig		.11	.18	.15				-.21	.39		.09				-.06		
emotionele problemen licht			-.21	-.09	-.13	-.11	-.06	.07	-.10		.09		-.16		-.08		-.18
ernstig			-.23		-.09	-.10	-.10		.11		.16		-.23				-.22
sociale problemen licht	-.16	-.16		.14		.06	.13						-.08		.12		
ernstig	-.18			.06			.16	.12			-.07				.16		
schoolproblemen	-.08		.18	.08	.24	.07	-.07	-.05	-.05		.06		.22				.20
vrijetijdsproblemen			.08		.08	.09	-.05								.05		.06
individuele problemen ouders		-.15	-.13		-.06			.19							-.06		
relatieproblemen ouders	-.17			.18	.07			.08	.17		.07						
relatieprobl. ouders-jeugdige	-.19	-.10			.06		-.07	.05	-.04				.08				
opvoedcapaciteit onvoldoende	.14		-.11	-.11	-.15	-.05	-.08		.14				-.21				-.18
spankracht							.08		.06				-.14				-.11
kwetsbaarheid			.11	.07	.06			-.15			.12		.07		-.06	.08	
steun significant others						-.09		.05			-.06						
duur 3mnd - 1 jaar		.10		.09							.09				.06		
>1 jaar	-.06		.11		.10	.10	.07								.10		.07
eerder hulp	-.17	-.07	-.09			.11	.07										
leeftijd (0= \leq 12 jr; 1= \Rightarrow 12 jr)	-.14						-.24				.39		-.13		-.12		-.16
geslacht (0=jongen;1=meisje)	.22		-.13	-.15	-.15			.12	-.12		-.08				-.15		

① ③ zie toelichting op pagina 235-236.

Tabel 8 (vervolg): Voorspelde waarde R^2 en gestandaardiseerde logistische regressiecoëfficiënten: $b_{xy}^* = (t_y)(s_x)/s_{\logit(y)}$ ③ van probleemkenmerken (x) op zorgactiviteiten (y) (N=2149, $p < .05$).

	Zorgactiviteit ②																
Probleemkenmerk	beg 19	beg 20	beg 22	beh 25	beh 26	beh 27	beh 28	beh 29	beh 31	beh 32	beh 33	beh 34	activ	fun	vbf46	vbf47	ovvbf
R²	.21	.04	.06	.26	.15	.10	.15	.16	.10	.18	.10	.34	.03	.08	.25	.03	.04
lichamelijke problemen	licht ernstig	-.09 -.11		.11 .24	.09		.11 .06	.15	-.06						-.24 -.20		-.07
cognitieve problemen	licht ernstig	-.14 -.15	-.09 -.13		.20 .09	.07 -.08	.25	-.18		-.13	-.16				-.10	-.05	
emotionele problemen	licht ernstig			.13 .22			.09 .10						.07		.09 .17		-.07
sociale problemen	licht ernstig	.33 .33	.10 .12	.04	.25	.13			.20		.18				.09 .15	.07	
schoolproblemen		.07		-.19		-.08	.06								-.07		
vrijetijdsprobl.		.21	.07	.17		.07			.09				.04		-.13		
individuele probl. ouders				-.11		-.10		.10	-.07	.08	.12		-.05		.07	.06	.06
relatieproblemen ouders				.11		.19	.13		.16				.08		.11		
relatieprobl. ouders-jeugdige			.01	-.07			.08		.06				.06		.21		
opvoedcapaciteit onvoldoende		-.08		.13	.10			.08									.05
spankracht		.09	.07		.12	.10		.08							-.22	.07	
kwetsbaarheid				.08			.10	-.07		-.07						-.09	
steun sign others			-.07	-.02	-.14	-.09	.09								-.08		
duur 3mnd - 1 jaar		.20		.13	.10	.15		-.08	.19				.06		-.06		-.07
>1 jaar		.18	.09		.10	.07	-.11		.11	.13					-.20	.08	
eerder hulp						.05							.09		.09	.05	
leeftijd (0= \leq 12 jr; 1= \geq 12 jr)				-.20		-.12	.12	.18	.11	-.30					-.10		-.12
geslacht (0=jongen; 1=meisje)		-.10		-.07		-.14	-.15	.11	-.14	.14							

① ③ zie toelichting op pagina 235-236.

Tabel 9: Overzicht per casus van het aantal beoordelaars, het aantal en percentage zorgcombinaties dat ten minste 75% of meer respectievelijk 25% of minder van de beoordelaars gepast vond (n=2149) en de mate van overeenstemming over de zorgcombinaties, uitgesplitst naar gepaste en niet gepaste zorg.

Casus-nummer	Beoordelaars	Zorgcombinaties				Beoordelingen		
		Door $\geq 75\%$ van de beoordelaars genoemd als gepast		Door $\leq 25\%$ van de beoordelaars genoemd als gepast		Overeenstemming		
						Gepast	Niet gepast	Totaal
	n	n	%	n	%	%	%	%
1	63	3	23	2	15	19	15	34
2	62	3	23	5	38	20	36	56
3	70	1	8	7	54	8	47	55
4	73	3	23	7	54	20	49	68
5	73	3	23	4	31	19	29	49
6	62	4	31	3	23	26	20	46
7	63	3	23	6	46	20	42	62
8	67	4	31	5	38	27	37	64
9	74	1	8	5	38	7	36	44
10	69	3	23	6	46	21	40	61
11	69	3	23	6	46	21	42	63
12	70	3	23	4	31	19	28	48
13	67	2	15	7	54	14	52	66
14	70	2	15	6	46	12	43	55
15	63	2	15	7	54	13	50	63
16	70	3	23	7	54	20	48	69
17	69	2	15	4	31	13	28	41
18	72	2	15	4	31	15	28	43
19	62	2	15	4	31	14	28	42
20	61	2	15	5	38	15	35	50
21	64	3	23	4	31	22	27	49
22	69	2	15	6	46	14	42	56
23	67	3	23	5	38	21	37	58
24	60	3	23	5	38	19	36	55
25	73	2	15	8	62	14	57	72
26	73	2	15	6	46	14	42	56
27	72	3	23	5	38	20	33	53
28	73	2	15	7	54	15	50	65
29	60	2	15	5	38	13	34	47
30	61	4	31	5	38	25	34	59
31	61	5	38	5	38	34	35	70
32	67	1	8	7	54	6	49	55
Range	60-74	1-5	8-38	2-8	15-62	6-34	15-57	34-72
Gemiddeld	67,2	2,6	20,0	5,4	41,3	17,6	37,8	55,4
sd*	4,6	0,9	7,0	1,4	10,5	6,0	9,6	9,5

* sd= standaarddeviatie

Tabel 10: Verklaarde variantie (R^2) en multiple regressiecoëfficiënten (b) van probleemkenmerken die significant bijdroegen aan de keuze van de zorgcombinaties ($p < .05$).

Probleemkenmerk	Zorgcombinatie ^①												TGV ^②
	school	opvoeding	levens-terreinen	psychiatrisch	functie-gericht	training	bescherming	op gezin gericht	emotio-neel-sociaal	uithuis-plaat-sing	advies-jeug-dige	(spel)-psycho-therapie	
R^2	.35	.23	.11	.22	.29	.13	.13	.20	.11	.05	.23	.12	.10
	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	OR*
lichamelijke problemen licht	-.26				.28	-.14	-.28	.22		-.09		.18	
ernstig	.20			.11	.45	-.12	-.16	-.15		-.05	-.08	.14	
cognitieve problemen licht		-.29		.16		-.13	-.11	-.09			.09		.01
ernstig	.18			.50		-.13		-.35	.18		.08	.20	
emotionele problemen licht	-.65	-.28	-.21	-.32			.10	.14			.13	.10	
ernstig	-.65	-.24	-.19		-.07		.14	.11	.13		.12	.20	
sociale problemen licht		.43	.10	-.11	-.40	.32			.31		.08		
ernstig		.43			-.36	.20	.09	.19	.11				
schoolproblemen	.45	-.08	.28									.08	
vrijtijdsproblemen	.22		.11	.08	.05	.16	-.10	.07	.11	-.03		-.06	
individuele problemen ouders	-.14					-.10	.12	.30	-.11	.06	.05		16.89
relatieproblemen ouders	-.11		.11	.14	-.23	.11	.15	.09	.24	.06	.08		
relatieprobl. ouders-jeugdige	.10		.08		-.25		.14	.08	.07			.12	
opvoedcapaciteit onvoldoende	-.41	.18	-.16	.29	.10		.10	.10	-.18	.06		-.07	
spankracht	-.25	.14		.08			-.08	.10				-.07	
kwetsbaarheid	.22	-.20	.07		.07		.07	-.22	.09		.11	.12	
steun significant others			.08			.07					.07	-.14	
duur 3mnd - 1 jaar	.13					.22		-.13	.23			-.10	
>1 jaar	.34	.35	.20		-.07	.17			.09		-.09	-.15	
eerder hulp	-.11	.09		.12	.05		.07			.04			
leeftijd	-.25	-.55			-.17		-.08	.13		-.09	.39	.17	
geslacht	-.35		-.20		.16	-.20		.22	-.22			-.13	
constante	1.87	1.79	.55		.61	.29	.19	.29	.56	.11	-.41	(.22)	

Tabel 11: Verklaarde variantie (R^2) en gestandaardiseerde multiple regressiecoëfficiënten (β) van complexiteit en ernst van de problematiek die significant bijdroegen aan de keuze van de zorgcombinaties ($p < .05$).

Complexiteit/ernst ^①	Zorgcombinatie ^②												TGV ^③
	school	opvoeding	levensterreinen	psychiatrisch	functiegericht	training	bescherming	op gezin gericht	emotioneel-sociaal	uithuisplaatsing	advies jeugdige	(spel)psychotherapie	
R^2	.13	.08	.04	.07	.10	.01	.07	.07	.01	.02	.10	.04	.03
	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	b^*
problemen jeugdige		.74			.80						-.91	.21	
problemen thuis		.64		.09	.52		.29	.20		.12	-.72	.16	.19
aantal levensterreinen	.41	.66	.22		.73	.09					-.86		
protectieve factoren		.10		.10	-.15			.10		-.06			.15
aantal problemen	-.53	-1.53	.09	-.24	-1.43		-.23	.13			1.78		-.34
ernst	.35	.43		.43	.15		.19	-.18	.10		-.30	-.11	.22

① *Zorgcombinaties*

school	: Schoolse begeleiding	functiegericht	: Functiegerichte zorg	heden voor uithuisplaatsing
opvoeding	: Gedragmatige begeleiding bij de opvoeding	training	: Vaardigheidstraining	advies jeugdige
levensterreinen	: Onderzoek naar het functioneren op de levensterreinen	bescherming	: Bescherming	: Advies en begeleiding van de jeugdige
psychiatrisch	: (Medisch) psychiatrische zorg	op gezin gericht	: Op het gezin gerichte zorg	psychotherapie
		emotioneel-sociaal	: Emotioneel-sociale zorg	: (Spel)psychotherapie
		uithuisplaatsing	: Onderzoek naar mogelijk-	TGV
				: Therapeutische gezinsverpleging

② zie paragraaf 7.3.

③ zie paragraaf 5.4.2 voor uitleg en constructie van deze samengestelde variabelen voor complexiteit en ernst

Toelichting bij de tabellen 6 tot en met 8

① Overzicht van variabelenaam en betekenis van de zorgactiviteiten

Diagnostisch onderzoek:

- dia1 lichamelijk (medisch) onderzoek
- dia2 lichamelijk functiegericht (paramedisch) onderzoek
- dia3 psychologisch onderzoek naar cognitief functioneren
- dia4 psychologisch onderzoek naar emotioneel-sociaal functioneren
- dia5 onderzoek naar functioneren op school
- dia6 onderzoek naar functioneren in de vrije tijd
- dia7 gedragsobservatie
- dia8 gezinstaxatie
- dia9 psychiatrisch onderzoek
- dia10 ander onderzoek (inclusief anamnese)
- dia11 onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming

Advisering:

- adv11 advies aan de jeugdige
- adv12 advies aan de ouders, verzorgers (bij de opvoeding)
- adv13 advies aan de leerkracht van de jeugdige op (externe) school
- adv14 advisering aan anderen

Begeleiding:

- beg14 begeleiding van de jeugdige
- beg15 ouderbegeleiding (bij de opvoeding)
- beg16 begeleiding van de pleegouders
- beg17 begeleiding van de groepsleiding
- beg18 begeleiding van de leerkracht
- beg19 training van sociale vaardigheden
- beg20 training van schoolvaardigheden
- beg21 training van algemene beroepsvaardigheden
- beg22 begeleiding van vrijetijdsbesteding
- beg23 begeleiding bij zelfstandig wonen
- beg24 andere begeleiding

Behandeling:

- beh25 medicatie
- beh26 gedragscorrectie (token economy)
- beh27 gedragstherapie
- beh28 (spel)psychotherapie met jeugdigen
- beh29 gezins(psycho)therapie
- beh30 groepstherapie met ouders
- beh31 groepstherapie met jeugdigen

beh32 video-hometraining
 beh33 therapeutische gezinsverzorging
 beh34 remedial teaching
 beh35 educatieve therapie
 beh36 creatieve therapie
 beh37 muziektherapie
 beh38 dramatherapie
 beh39 bewegingstherapie
 activ activiteitentherapie (creatieve, muziek-, drama- en bewegingstherapie)
 beh40 fysiotherapie
 beh41 ergotherapie
 beh42 logopedie
 funth functiegerichte therapie (fysiotherapie, ergotherapie en logopedie)
 beh43 andere behandeling

Verblijf:

vbf44 opvoeding en verzorging
 vbf45 straf
 vbf46 bescherming van de jeugdige
 vbf47 bescherming van het gezin
 vbf48 bescherming van de maatschappij
 vbf50 verblijf thuis
 ovvbf andere vormen van verblijf, niet thuis

- ② *De odds ratio geeft aan hoeveel invloed een probleemkenmerk heeft op de beoordeling of een bepaalde zorgactiviteit of een combinatie van zorgactiviteiten gepast is. Dit houdt in, dat bij een odds ratio van 1 het probleemkenmerk geen invloed had op de keuze van de betreffende zorgactiviteit. De beoordelaars baseerden hun keuze voor de zorgactiviteit in dat geval niet op de aan- of afwezigheid van het betreffende probleemkenmerk. Een odds ratio groter dan 1 geeft aan dat de indicatiestellers de betreffende zorgactiviteit bij aanwezigheid van het specifieke probleemkenmerk gepast vonden. Is de odds ratio kleiner dan 1, dan maakte de aanwezigheid van het probleemkenmerk volgens de beoordelaars de zorgactiviteit minder gepast dan wanneer dat probleemkenmerk afwezig zou zijn. Als bijvoorbeeld de odds ratio van lichamelijke problemen voor de zorgactiviteit 'lichamelijk onderzoek' 2 is, dan betekent dat, dat de kans dat beoordelaars lichamelijk onderzoek gepast vonden twee keer zo groot is bij aanwezigheid van lichamelijke problemen als bij afwezigheid van lichamelijke problemen.*
- ③ *De gestandaardiseerde logistische regressiecoëfficiënt b^*_{xy} is vergelijkbaar met de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt in lineaire regressie-analyses. Een verandering van één standaarddeviatie van probleemkenmerk x geeft een verandering van b^* standaarddeviaties in zorgactiviteit y.*

Dankwoord

Toen bedankte De Vreemdeling iedereen persoonlijk, zelfs Kleintje, en zei dat Het Hem Zonder Hen Allemaal Nooit Gelukt was.

(Allen, 1994/1995, p. 176)

Het schrijven van dit proefschrift is een ware bevalling geweest. Een heleboel mensen hebben mij door dit proces heen geholpen. Velen van hen zullen zich niet realiseren dat alleen al hun belangstelling een prikkel voor me was om door te blijven gaan. Allen ben ik veel dank verschuldigd. Van al deze mensen wil ik in het bijzonder degenen die het meest direct betrokken waren bij de totstandkoming van dit proefschrift bedanken.

Mijn promotoren Fop Verheij en Marianne Donker hebben me samen door de verschillende fasen heen geloodst. Ze hebben me elk op hun eigen wijze en vanuit hun eigen expertise begeleid. Het feit dat de één van Heinz sandwich spread houdt en de ander van Marmite was voor mij een bevestiging dat ze elkaar in hun gezamenlijke begeleiding aanvulden. Fop lette er vanuit zijn kennis van en ervaring met jeugdigen met problemen met name op of inhoudelijke details klopten. Hij reageerde altijd snel op alle conceptversies van dit proefschrift en stond vaak met praktische tips klaar. Marianne hield meestal de grote lijn in het oog. Haar kijk op het onderwerp was vaak verrassend, waardoor ze me enerzijds op ideeën bracht om de tekst te nuanceren. Anderzijds stelde ze het belang van hele alinea's ter discussie door me stil te laten staan bij de consequenties voor de dagelijkse praktijk. Op deze manier heeft ze me ervoor behoed om te verzanden in irrelevante details..

Dit proefschrift zou er niet geweest zijn zonder de inzet van de deelnemers aan dit onderzoek. Ik ben de medewerkers uit de Nederlandse jeugdzorg dan ook zeer erkentelijk voor hun bereidheid om de voorgelegde casussen te beoordelen.

Samen met Carolien Konijn heb ik het grensvlakonderzoek verricht. In deze (onderzoeks)periode zijn de eerste ideeën voor dit proefschrift ontstaan. Met Carolien heb ik altijd op een prettige manier samengewerkt. Tijdens het schrijven van mijn proefschrift was zij ook nog regelmatig een bron van informatie. Ik ben dan ook blij dat ze samen met José Geelen mijn paranimf wil zijn. Met José voer ik vaak hele gesprekken over de diagnostiek van jeugdigen. Ook haar wil ik bedanken dat ze tijdens de promotie aan mijn zijde wil staan.

Professor Frank Verhulst heeft me de eerste, belangrijke zet in de rug gegeven om dit proefschrift echt te gaan schrijven. Filip Smit heeft me vanaf het begin met methodologische raad terzijde gestaan. Hij heeft ervoor gezorgd dat ik niet in allerlei methodologische valkuilen terechtgekomen ben. Lucien Splinter heeft zich ingespannen voor de Engelstalige samenvatting. Inge Demmendaal was vaak mijn

doorgeefluik voor de stukken voor een volgende bespreking. Zij zorgde op een correcte en snelle manier dat deze bij Fop en Marianne terecht kwamen. Verder wil ik nog Leonieke Boendermaker noemen. Zij heeft me vanuit haar eigen ervaring met promoveren vaak een hart onder de riem gestoken op momenten dat het me moeite kostte om door te gaan.

De grootste druk lag natuurlijk op het thuisfront. Zonder steun van degene die het dichtst bij me staan zou dit proefschrift er niet geweest zijn. Eric heeft me vanaf het moment dat ik met promotieplannen thuiskwam enthousiast gesteund. Hij heeft me vaak extra ruimte gegeven om aan dit proefschrift te werken. Door mijn kinderen Jasper en Niels moest ik prioriteiten stellen. Dat betekende dat ik me niet fulltime aan de computer kon en ook niet wilde kluisteren om dit proefschrift zo snel mogelijk af te maken. Mijn kinderen laten me namelijk ook beseffen wat bij het opgroeien belangrijk is. Opvoeden is niet zozeer een kwestie van goed of fout, maar het bewegen tussen grenzen, waarbij ogenschijnlijk kleine dingen mede het resultaat bepalen. Volgens mij zijn deze ook belangrijk in de relatie van de jeugdige en diens ouders met de hulpverlener. Het zijn de elementen die een hulpverleningsrelatie kunnen maken of breken en die dus mede de kwaliteit van de jeugdzorg bepalen. Met deze gedachte in mijn achterhoofd is het schrijven van dit proefschrift meer geworden dan alleen een wetenschappelijke exercitie.

Curriculum vitae

Emma Gertrudis Maria Josephina Berben werd in 1959 in Neer geboren. Van 1972 tot 1978 bezocht zij het Sint Ursulalyceum te Roermond. Daar behaalde zij het diploma Gymnasium alpha. Vervolgens studeerde zij Pedagogische Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. In 1984 studeerde zij af als Klinisch Pedagoge met als bijvakken 'Ontwikkelingspsychologie' en 'Jeugdrecht en Jeugdbescherming'. Sindsdien heeft zij de jeugdzorg vanuit verschillende invalshoeken onderzocht. Bij het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) van Het Ministerie van Justitie was zij betrokken bij onderzoek naar uithuisplaatsingen. De nadruk van haar werk lag op onderzoek naar vrijwillige pleeggezinplaatsingen.

Vervolgens heeft zij bij het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD), dat tegenwoordig deel uitmaakt van het Trimbos-instituut, onderzoek op het gebied van verslaving verricht. De projecten waarbij ze van 1990 tot 1995 betrokken was, waren heel divers. Zo was het eerste onderzoek waarmee ze zich bij het NIAD bezighield een peiling naar het gebruik van alcohol, drugs en andere middelen onder leerlingen van het voortgezet speciaal onderwijs, leerlingen van het KMBO en van deelnemers aan spijbelprojecten. Verder was ze betrokken bij een banenbemiddelingsproject voor exdruggebruikers, waarbij ze de werkervaringen van de deelnemers aan het project evalueerde. Onder aandrang van werkers uit het veld heeft ze toen ook een onderzoek verricht naar het functioneren van werkende methadongebruikers. Een heel ander onderwerp was het gebruik van alcohol in het verkeer onder leerlingen van de middelbare school. Na een inventarisatie van het gebruik en kennis van alcohol in het verkeer onder deze leerlingen heeft ze een behoefteonderzoek verricht om te achterhalen hoe een voorlichtingsfilm over dit onderwerp eruit zou moeten zien. Dit onderzoek lag in het verlengde van het project 'De gezonde school en genotmiddelen'. Dit project is opgezet om middelbare schoolleerlingen voor te lichten over de diverse genotmiddelen. Hierbij was ze naast nog enkele niet genoemde projecten eveneens betrokken was

Daarna werkte zij bij de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Sophia Kinderziekenhuis. In samenwerking met het instituut Beleid en Management van de Erasmus Universiteit verrichte zij een onderzoek naar de problematiek op het grensvlak van de jeugdggz met andere jeugdzorgsectoren. Uit dit onderzoek is in 1997 de opzet voor het onderzoek naar de indicatiestelling in de jeugdzorg voortgekomen, dat in dit proefschrift is beschreven.

